Rok LIII. Kraków, dnia 13 czerwca 1914. Nr 24.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN URZĘDOWY TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO I TOWARZYSTWA LEKARZY GALICYJSKICH, ORGAN ZWIĄZKU POLSKIEGO LEKARZY I PRZYRODNIKÓW W PETERSBURGU, TOWARZYSTW LEK. POLSKICH W KIJOWIE, CHICAGO I DETROIT, ORAZ

CZASOPISMO LEKARSKIE

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH PROWINCYONALNYCH KRÓLESTWA POLSKIEGO.

Redaktor główny: **Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.**

Ukryte sprawy gorączkowe w zakresie chorób dróg moczowych

podał

Dr Rogoziński (Lublin).

(Referat na II. Zjeździe lekarzy prowincyonalnych Król. polsk. w Lublinie 31. V. 1914).

Mówić mam o zakażeniach dróg moczowych z przebiegiem ukrytym, które nastręczają trudności dyagnostyczne i często z tego powodu bywają późno lub błędnie rozpoznawane. By się nie rozpraszać, pozwolę sobie zająć uwagę Sz. Panów dwiema tylko, najważniejszemi w tem znaczeniu sprawami zakaźnemi w górnych drogach moczowych: przewlekłą gruźlicą nerki i zapaleniem miedniczki nerkowej. Nie mogąc zagłębiać się w szczegóły, ograniczyć się muszę, w nadziei pobudzenia w tym kierunku dyskusyi, do kilku uwag, głównie o rozpoznawaniu i leczeniu tych chorób. Jedno i drugie zrobiło w ostatnich czasach znaczne postępy.

Okazało się przytem, że gruźlica narządów moczowych jest chorobą częstszą, aniżeli przypuszczano, zmieniły się też zapatrywania na jej rokowanie. Rozpoznając ją dawniej w okresach późnych, uważano ją za trudno uleczalną; rozpoznawana wcześnie, znakomicie poddaje się leczeniu chirurgicznemu. Zanim wyjaśnię, na czem polegają postępy leczenia i rozpoznawania gruźlicy moczowej i co może i powinien robić lekarz praktyk w obu tych kierunkach, uważam za konieczne przypomnieć pamięci Sz. Panów kilka podstawowych szczegółów z patogenezy i przebiegu tej choroby, ustalonych dopiero w ostatnich czasach. Wbrew dawnym poglądom wiadomo obecnie, że w większości przypadków sadowi się gruźlica pierwotnie *nie w pęcherzu, lecz w nerce*. Przybywa ona tutaj drogą krwi z innych ognisk w ustroju, najczęściej z płuc, gruczołów oskrzelowych i krezkowych. Upadło przypuszczenie, by zakażenie gruźlicą nastąpić mogło przez cewkę moczową, tak jak to bywa z tryprem. Nerka stanowi uprzywilejowane miejsce osadzania się laseczników, rzadziej zachodzi to w najądrzu. Pierwotna gruźlica pęcherza zdarza się nadzwyczaj rzadko. Gruźlicę pęcherza w 90—95 na sto przypadków poprzedza zakażenie nerki, a w pozostałych 5—10 zakażenie gruczołu krokowego lub pęcherzyków nasiennych. Usadowienia te przy niedość dokładnem badaniu pozostać mogą ukryte. Z nerki i najądrza gruźlica szerzy się zawsze w drogach moczowopłciowych w kierunku prądu wydzieliny, moczu lub nasienia, czyli że z nerki przechodzi na miedniczkę, moczowód, wreszcie pęcherz. O ile jednak pęcherz bez nerki zachorowywa rzadko, o tyle nerka bez pęcherza nader często. Oprócz najczęstszego sposobu szerzenia się gruźlicy na drodze zstępującej z nerki do pęcherza, posuwa się ona niekiedy, w wyjątkowych warunkach, w kierunku odwrotnym z pęcherza ku nerce. W przeważającej większości przypadków zakażeniu pierwotnemu ulega *tylko jedna nerka i pozostaje czas pewien jedynem ogniskiem gruźlicy w drogach moczowych*. Jest to okoliczność zasadniczej wagi dla terapii czynnej, gdyż umożliwia ona wczesne doszczętne usunięcie pierwotnego ogniska.

Rzadko, bo tylko w 11—14 na sto przypadków, obserwowanych klinicznie, znajdowano zakażenie obu nerek. Na stole sekcyjnym spotykano to znacznie częściej. Dowód, jak bardzo spieszyć się należy z usunięciem chorej nerki, zanim ulegnie zakażeniu druga. W miarę, jak posuwa się zniszczenie nerki chorej, wskutek działania toksyn, wydalanych z ustroju przez nerkę drugą, zmniejsza się jej odporność. Ulega ona z kolei rzeczy zakażeniu swoistemu, podobnie jak nerka pierwsza, lub też rzadziej na drodze wstępującej, po uprzedniem zakażeniu pęcherza. Nierozpoznana dość wcześnie i nieleczona na drodze chirurgicznej gruźlica nerki prędzej czy później sprowadza zgubę chorego; trzecia część chorych ginie w ciągu pierwszych dwóch lat, przeszło połowa — 58% — w ciągu lat pięciu od wybuchu choroby. Rzadkie przypadki samoistnego wyleczenia zapomocą t. zw. autonefrektomii, wskutek wyłączenia chorej nerki z układu moczowego przez zarośnięcie moczowodu, stanowią tylko pozorne i chwilowe wyleczenie. Wybitnie pomyślne wyniki leczenia gruźlicy nerki osiągnięto dotychczas jedynie zapomocą doszczętnego zabiegu chirurgicznego, usunięcia z ustroju całego chorego narządu, zapomocą *nefrektomii*. Wysoki odsetek śmiertelności po tej operacyi zmalał w ostatnich czasach znakomicie, w statystykach niektórych chirurgów z kilkudziesięciu na kilka odsetków. Stało się to nietyle za sprawą udoskonalenia techniki operacyjnej, ile raczej wskutek powstania i rozwinięcia się nowych dokładnych klinicznych metod badania w urologii, takich jak cystoskopia, cewnikowanie moczowodów, pozwalające otrzymywać mocz z każdej nerki od-

dzielnie, oraz metod badania sprawności czynnościowej nerek. Metody te umożliwiły z jednej strony rozszerzenie wskazań operacyjnych na przypadki wczesne, z drugiej zaś formułowanie w każdym poszczególnym przypadku dokładnych i ścisłych wskazań i przeciwwskazań do operacyi. Przypadki mocznicy, częstej przyczyny śmierci po dawniejszych wycięciach nerki, widuje się teraz rzadko i zdarzają się one właśnie wtedy, gdy badanie sprawności nerek jest niewykonalne. Nawet po wycięciu gruźliczej nerki w pewnej liczbie przypadków chorzy giną wskutek rozwoju gruźlicy, usadowionej poza drogami moczowemi. By ocenić, jak pomyślne wyniki daje nefrektomia, wystarcza jednakże porównać powyżej przytoczone rozpaczliwe wyniki leczenia środkami wewnętrznymi z tem, co daje leczenie doszczętne. Ogólna śmiertelność po nefrektomiach wynosi 25%, czyli $^3/_4$ chorych po zabiegu tym żyje jeszcze później długie lata, a nieco więcej, niż połowa, zostaje wyleczona doszczętnie.

Należy zaznaczyć, że w obronie leczenia gruźlicy nerki klimatoterapią i helioterapią oraz środkami wewnętrznymi włącznie ze swoistem leczeniem zapomocą tuberkulin i surowic odezwały się w ostatnich czasach, głównie we Francyi i Belgii, bardzo stanowcze głosy. Przedstawiciele tego kierunku twierdzą, że zdołali w wielu razach osiągnąć wyleczenie, coprawda tylko kliniczne. Jak dotąd, nieledwie zawsze okazywało się to tylko złudzeniem. Wiadomo bowiem, że w przebiegu cierpienia przychodzą same przez się okresy poprawy. Naogół panuje przekonanie, że nie stwierdzono dotychczas anatomicznego wyleczenia gruźlicy nerki zapomocą środków wewnętrznych i że gruźlica nerki nie jest uleczalna na drodze dzisiejszych naszych metod zachowawczych. Istota zagadnienia dla lekarza praktyka sprowadza się zatem do zadania, by gruźlicę moczową wcześnie rozpoznać, o ile możności w tym jej okresie, gdy ogranicza się ona do jednej tylko nerki. Rzadko tylko rozpoznanie to udaje się z łatwością. Czasami istotnie dolegliwości w nerce, szczególniej zaś w pęcherzu, niedwuznacznie zwracają uwagę na te narządy. Istota rzeczy, a mianowicie swoisty charakter cierpienia, i wtedy jeszcze pozostaje zagadką. Charakterystyczny jest n. p. obraz strasznych cierpień przy gruźliczym nieżycie pęcherza, nieustanne parcia bolesne, nietolerancya pęcherza, mała jego pojemność. Pomimo to, niekiedy lekarz długo nie rozpoznaje gruźliczej przyrody takiego nieżytu i leczy go przeróżnemi płukaniami pęcherza, chociaż nie mogą one w tym razie przynieść żadnej korzyści, a nawet wywierają wprost zgubne działanie na pęcherz gruźliczy. Ujemne wyniki takiego niefortunnego leczenia powinny zatem ex nocentibus prowadzić do właściwego rozpoznania. Dodać należy, że udział pęcherza w cierpieniu nie stanowi bynajmniej naogół przeciwwskazania do nefrektomii i że przeciwnie ta operacya w większości przypadków jak najkorzystniej odbija się na pęcherzu gruźliczym. Najbardziej utajonym przebiegiem odznaczają się wczesne okresy gruźlicy nerki. Jednak i w pęcherzu gruźlica długo, w ciągu miesięcy, przebiegać może również w prawie zupełnie utajonej postaci: podejrzenia, gdy chodzi o kobiety, zwracają się wtedy zwykle w kierunku narządów rodnych. Tylko badanie cystoskopem wyjaśnić może ostatecznie, o co tu chodzi. Stwierdza ono obecność gruzełków, często w okolicy ujścia jednego moczowodu, wskazując zarazem na nerkę, z której nastąpiło rozsianie.

Niedostateczne uwzględnianie całokształtu objawów gruźlicy nerki jest przyczyną większości błędów rozpoznawczych. Zdaniem Rovsinga, nietylko lekarze-praktycy, lecz nawet oddziały szpitalne, stosując się do szablonu, »gdzie białkomocz — tam zapalenie nerek« — rozpoznają mylnie wczesną gruźlicę nerki na zasadzie stwierdzonego białkomoczu, jako zapalenie nerek, a w dalszej konsekwencyi, zamiast wzmacniać ustrój w walce z rozwijającą się gruźlicą, osłabiają chorego przez głodzenie i długotrwałą dyetę mleczną. W innych znowu przypadkach, gdzie mocz zawiera ropę, lekarz niekiedy, opierając się na tym jednym objawie, rozpoznaje mylnie zapalenie miedniczki nerkowej, a chory, traktowany niepotrzebnie antyseptykami moczowymi, traci bezpowrotnie czas, dopóki jest jeszcze uleczalny. Są to wszystko pożałowania godne błędy, gdy chodzi o cierpienie, w którem wczesne rozpoznanie, oraz racyonalne leczenie tak wielkie przynosi korzyści. Jak powiada Stoeckel, spóźnione rozpoznanie jest tu równie karygodne, jak spóźnione rozpoznanie przy raku macicy. Ponieważ chorzy w początkowych okresach gruźlicy nerek, wtedy, gdy są jeszcze uleczalni, dostają się zwykle w ręce lekarzy-praktyków, los chorych tych w głównej mierze zależy od tych lekarzy. W tem też znaczeniu działalność lekarza-praktyka jest równie ważna, jak późniejsza działalność urologa i chirurga. Zadanie zaś wczesnego rozpoznania bynajmniej nie jest łatwe. Ścisłe ustalenie rozpoznania i szczegółowa analiza przypadku zapomocą metod urologicznych nie wchodzą w zakres działalności lekarza praktyka, dokładne więc powyższe metody nie mogą mu być w tym kierunku pomocne. Objawy wczesnej gruźlicy nerek nie są ani wyraźne, ani charakterystyczne. Niema objawów znamiennych (patognomonicznych), t. j. takich, na którychby się można było wyłącznie opierać, bo nawet stwierdzenie laseczników gruźliczych w moczu nie może być uważane za objaw taki bez zastrzeżeń. Przy rozpoznaniu pierwotnem, przy swoich, właściwie mówiąc, podejrzeniach co do gruźliczego zakażenia nerki, opierać się musi zatem lekarz-praktyk z jednej strony na uwzględnieniu całokształtu objawów, z drugiej zaś na dokładnem i sumiennem, wielokrotnem, osobistem badaniu moczu. Nawet tam, gdzie lekarz przy badaniu moczu wyręczać się może pracownią analityczną, nigdy badanie takie, robione według stałego schematu, jak słusznie podnosi Wildbolz, nie może być w dostatecznej mierze zastosowane do potrzeb danego przypadku; tembardziej jest rzeczą konieczną, by lekarz badał mocz osobiście tam, gdzie nikt go pod tym względem nie może wyręczyć.

Należy mi wreszcie powiedzieć słów kilka o objawach gruźlicy nerek, o jej symptomatologii. Długo trwający dobry stan ogólny osobnika, jego wyglądanie i brak spadku wagi ciała nie powinny łudzić lekarza, tak jak łudzą chorego i jego otoczenie. Wahania ciepłoty ciała, wykazujące niekiedy krzywe nieprawidłowe, rzadziej podgorączkowe wieczorowe przyrosty, oraz nagłe wzniesienia, nabierają szczególnego znaczenia w zestawieniu z wynikami badania moczu, n. p. gdy wznosi się ciepłota, a jednocześnie znika ropomocz, co zwykle wskazuje na zatkanie moczowodu. Gorączka zależy przeważnie od zakażenia mieszanego, n. p.

przy nieżycie pęcherza i jego owrzodzeniach; we wczesnych okresach zamkniętej gruźlicy nerek—należy to zapamiętać — w wielu razach nie bywa zupełnie gorączki. Wcześnie występują objawy ze strony pęcherza oraz bóle w chorej nerce. Pierwsze polegają na zaburzeniach w oddawaniu moczu: wzmaga się częstość parć, zwraca uwagę potrzeba kilkakrotnego oddawania moczu w nocy. Parcia występują gwałtownie; o ile nie są zaspokojone przez oddanie moczu, powstają bolesne kurcze pęcherza. W ostatnich czasach opisywano w licznych przypadkach nietrzymanie moczu we śnie. Objaw ten, jako jeden z najwcześniejszych przedmiotowych, posiada istotnie znaczenie rozpoznawcze. Bóle w nerce bywają dwojakie, albo tępe w lędźwiach o typie neuralgicznych, albo ostre o charakterze kolki, rozpromieniające się w kierunku pęcherza i narządów płciowych zewnętrznych.

Bóle te zależą zwykle od zatkania moczowodu. Obmacywanie nerki chorej nie daje często żadnych danych. Może ona być macalna i pozornie powiększona, gdy zatrzymuje się mocz lub ropa w miedniczce lub jamach gruźliczych w nerce. Rozwijające się zrosty nerki z otoczeniem wywoływać mogą przy obmacywaniu złudzenie nerki powiększonej, tam gdzie jest ona istotnie mała i zserowaciała. Chociaż istnieje zwykle pewna wrażliwość nerki na ucisk, wywołujący niekiedy prócz tego bolesne parcie na mocz i wzmożone napięcie mięśni brzucha ze strony chorej — wszystkie jednakże te dane, zdobyte zapomocą obmacywania, mają bardzo względną wartość rozpoznawczą. Tembardziej, iż pamiętać należy, że zdrowa nerka po drugiej stronie, o ile jest wyrównawczo przerosła, dawać może zupełnie podobne objawy. Prawie stale spotykanym objawem jest toksyczny białkomocz nerki drugiej. Znika on wraz z wycięciem nerki chorej i nie stanowi bynajmniej przeciwwskazania do operacyi. Obmacywanie gruźliczego moczowodu, wrażliwego na ucisk, szczególniej przez pochwę u kobiet, dopomaga niekiedy przy rozpoznaniu.

Najważniejsze i najpewniejsze oznaki gruźlicy nerki zdobywa się jednak dopiero przez badanie moczu. Gruźlicza nerka we wczesnych okresach choroby wydziela zwykle przez długi czas niewielkie ilości białka i białkomocz taki, występujący bez określonej przyczyny, szczególnie u dzieci, powinien zawsze budzić podejrzenia w kierunku gruźlicy. Niekiedy białkomoczowi temu towarzyszy powiększenie dobowej ilości moczu. Stopniowo pojawia się w moczu drugi składnik patologiczny, ropa, i w miarę, jak posuwa się sprawa zniszczenia nerki, ilość jej wzrasta stopniowo. Trzeci składnik, krew, występuje zwykle w ilości nieznacznej, dostępnej jedynie dla badania drobnowidowego, chociaż zdarzają się także krwotoki obfitsze, przedzielone znacznymi odstępami czasu i w których nie bez słuszności upatrywano pewne analogie z krwotokami w gruźlicy płucnej. Stwierdzenie w moczu obecności laseczników gruźliczych najpewniej rozstrzyga rozpoznanie. Wbrew temu, co głoszą o trudności znalezienia ich w tym razie podręczniki, wszyscy badacze, którzy się tem zajmowali, z Rovsingiem i Windbolzem na czele, stwierdzają, że znaleźć je jest łatwo i że udaje się to w 80—90 na sto przypadków. Jednakże obecność ich nie bywa bynajmniej stała i poszczególne porcye moczu zawierają bardzo zmienną ich ilość. Dalej nie jest rzeczą wykluczoną, by z moczem nerki niegruźliczej, uszkodzonej tylko przez toksyny, w pewnych wyjątkowych chwilach nie mogły wydzielać się laseczniki gruźlicze u osobników, dotkniętych ciężką gruźlicą innych narządów. Zastrzeżenie to ma jednak więcej teoretyczne, aniżeli praktyczne znaczenie. Najważniejszy zarzut stanowi możliwość pomieszania laseczników gruźliczych z niezmiernie do nich podobnymi lasecznikami mastki (bacillus smegmae). Nawet w moczu wziętym zapomocą cewnika znaleść się mogą te laseczniki, wegetujące u wylotu cewki mężczyzny i kobiety. Jedyne kryteryum pewne stanowi wynik szczepienia na zwierzętach i badanie to musi być zrobione, gdy chodzi o ostateczne rozstrzygnięcie sprawy przed wycięciem nerki. Dla lekarza-praktyka kłopotliwe te badania są jednakże w pewnym stopniu zbędne. Jeżeli bowiem w zwykłym preparacie barwionym znajduje on ropę bez jakichkolwiek mikrobów, to wynik ten ze znacznym stopniem prawdopodobieństwa upoważnić go może do rozpoznania gruźlicy dróg moczowych.

Nadużyłem cierpliwości Sz. Panów w pierwszej części mego przemówienia o gruźlicy nerki, chcę być możliwie zwięzłym i treściwym w tem, co teraz z kolei rzeczy powiedzieć mam o zapaleniu miedniczki nerkowej. Chociaż pod względem grozy i powagi rokowania nie może cierpienie to równać się z poprzedniem — rzadko stosunkowo kończy się bowiem zejściem śmiertelnem z powodu zakażenia ogólnego lub udziału nerki w zakażeniu — to jednak ma ono dla lekarza-praktyka znaczenie doniosłe, jest dlań bardziej może nawet, że tak powiem, aktualne. Przedewszystkiem dlatego, że jest ono częstsze, dalej, że bywa wielokrotnie rozpoznawane niewłaściwie, wreszcie, że rozpoznanie jest tu naogół łatwiejsze i prostsze, aniżeli przy gruźlicy nerki. Cystoskopia, cewnikowanie moczowodów, pyelografia, czyli prześwietlanie miedniczki dla poznania stosunków zachodzących przy jej rozszerzeniu, i tutaj umożliwiły dopiero ścisłość i precyzyę badania, wyjaśniły wiele szczegółów, niedostępnych na innej drodze, wreszcie sprowadziły przewrót w leczeniu, szczególniej przewlekłych postaci, powikłanych zastojem moczu i ropy w miedniczce. Pomijając te metody, obchodzące raczej specyalistę urologa, stwierdzić należy, że gdy chodzi o cierpienie w ostrej postaci i obostrzenia postaci przewlekłej, lekarz praktyk ma wdzięczne do działania pole: zapomocą prostych środków może on i powinien cierpienie właściwie rozpoznawać oraz odpowiednio leczyć, przeważnie z doskonałym skutkiem bezpośrednim, — gorszym nieco pod względem wyleczenia doszczętnego.

Co sprawia, że rozpoznanie dotychczas tak często się nie udaje? Dwie są tego, jak się zdaje, przyczyny. Przedewszystkiem o zapaleniu miedniczki nerkowej, jako o samoistnej postaci zakażenia górnego odcinka dróg moczowych, niedostatecznie się dotychczas przy łóżku chorego pamięta i w poszczególnym przypadku nie uwzględnia się możliwości tego cierpienia; po drugie, co najważniejsza, w wielu razach nie bada się zupełnie moczu chorych, chociaż wyniki tego badania mają tu znaczenie rozstrzygające i same przez się mogą sprawę wyjaśnić.

Mówiąc o zapaleniu miedniczki nerkowej, mam na względzie tylko te jego postacie, które występują bądź

pierwotnie, bądź rozwijają się w ciąży i połogu, bądź wreszcie stanowią przerzuty z innych ognisk zakaźnych w ustroju, pomijam zaś te, które przyłączają się n. p. do zakażenia pęcherza moczowego w późnych okresach przerostu gruczołu krokowego, przy kamieniach w pęcherzu lub cierpieniach rdzenia. Takie wtórne zapalenia miedniczki, jako powikłania cierpienia zasadniczego przez rozszerzanie się jego drogą wstępującą ku nerce, znane były oddawna i mają odrębny charakter. Zdobyczą natomiast nowszych czasów jest ustalenie postaci zapalenia miedniczki nerkowej jako samoistnego, bądź ostrego, bądź nawrotowego zakażenia górnych dróg moczowych. Wiadomości o tej chorobie zakaźnej zawdzięczamy głównie pedyatrom i ginekologom, a to dlatego, że cierpienie pojawia się najczęściej z jednej strony u dzieci w pierwszych latach, a nawet miesiącach ich życia, z drugiej zaś strony u kobiet w krytycznych okresach ich życia płciowego, przedewszystkiem w ciąży, dalej, jak dowodzą nowsze spostrzeżenia, po defloracyi, lub, jak twierdzą niektórzy, po stosunku płciowym, oraz w związku z miesiączkowaniem. Przypuszczano do niedawna, że na zapalenie miedniczki nerkowej chorują nieledwie wyłącznie dziewczynki oraz kobiety, stwierdzono jednakże obecnie, że zapadają na nie także chłopcy i mężczyźni, jakkolwiek nierównie rzadziej. Wygłoszone zostało przypuszczenie, i ma ono licznych zwolenników, że zapalenie miedniczki u kobiety ciężarnej, występujące pod postacią napadową ostrej choroby gorączkowej, jest nawrotem, obostrzeniem tegoż samego cierpienia, przebytego w pierwszym roku życia przed dziesiątkami lat i powtarzającego się niekiedy w różnych odstępach czasu, a nawet i tlejącego jak iskra w popiele w stanie utajonym przez tak długie okresy aż do owej chwili krytycznej. Teorya taka, bez względu na jej prawdziwość, najlepiej chyba uwidocznia, jak bardzo cierpienie może mieć charakter przewlekły i w pewnych okresach swego przebiegu ukryty. Na tle tego utajonego przebiegu zjawiają się ostre napady gorączkowe, mające wszystkie cechy mniej lub więcej ciężkiego zakażenia ogólnego. Ostry napad rozpoczyna się zwykle w najbardziej typowych przypadkach od silnego dreszczu i wysokiej gorączki do 40° i wyżej. Towarzyszą jej zwykłe objawy — suchy język, wzmożone pragnienie, bóle głowy, stawów i krzyża, niekiedy wymioty. W połowie przypadków ułatwiają rozpoznanie skargi na ból w jednej lędźwi, najczęściej prawej, i bolesność w okolicy nerki przy obmacywaniu, wyczuwa się tu również niekiedy chorą miedniczkę w kształcie napiętego guza. Zasadniczą wagę dla rozpoznania ma wynik badania moczu drobnowidowo i bakteryologicznie. Mocz, wzięty jałowo z pęcherza, zawiera subtelny męt, zależny od mikrobów, i wypadający na dnie naczynia osad, złożony z ropy. W ciężkich przypadkach ilość ropy jest tak wielka, że wykrywa ją gołe oko; bywa wtedy zwykle i przymieszka krwi. Odczyn moczu jest przeważnie, jednakże nie wyłącznie, kwaśny. Gdy wydzielają się znaczne ilości lasecznika okrężnicy, mocz posiada typowy ostry zapach, który pamięta każdy, kto raz nań zwróci uwagę. O ile w zakażeniu nie uczestniczy nerka, nie bywa znacznych ilości białka, oraz wałeczków nerkowych, zwykle próba na białko wypada jednakże dodatnio. Mikroskop wykrywa ciałka ropne, czerwone ciałka krwi, nabłonki i w wielkiej ilości mikroby, przeważnie krótkie laseczniki (bacterium coli), niekiedy i inne, w tej liczbie gronkowce i paciorkowce. Stan taki wraz z powtarzającymi się dreszczami i trzymającą się na wysokich stopniach ciepłotą trwa zwykle 8—14 dni, niekiedy znacznie dłużej, częściej zaś jeszcze po spadku ciepłoty w różnych, bądź prawidłowych, bądź nieprawidłowych odstępach czasu, powtarzają się okresowo napady podobne, zwykle słabsze pod względem natężenia i zależne wielokrotnie od przeniesienia się zakażenia na miedniczkę po stronie drugiej, dopóki sprawa nie przejdzie w stan przewlekły i utajony lub całkiem się nie wyrówna. Przerwę pomiędzy jednym a drugim napadem, po stopniowem zniknięciu z moczu nabłonków, potem ropy, cechuje wydzielanie się przez długi czas znacznych ilości bakteryi, t. zw. bakteryurya, a ponieważ w 81 na sto przypadków zapalenie miedniczki nerkowej zależy od zakażenia lasecznikiem okrężnicy, więc wydzielają się przytem w szczególności wielkie ilości tego lasecznika.

Jakiemi drogami dostaje się ten stały mieszkaniec kiszek do miedniczki nerkowej? Niepodobna tutaj wchodzić w szczegóły dawno trwającego sporu, czy dzieje się to drogą wstępującą, wskutek pierwotnego zakażenia dolnych dróg moczowych przez cewkę, czy też na drodze zstępującej, t. j. ze strony krwi i wydzielania się lasecznika przez nerkę. Spór ten nie jest dotychczas rozstrzygnięty bezwzględnie na korzyść żadnego z powyższych dwóch sposobów. W ostatnich czasach ustala się jednak coraz bardziej przekonanie, że sposobem zakażenia w y ł ą c z n i e przez drogi moczowe niepodobna objaśnić wielu stwierdzonych faktów. Kto, jak ja, miał sposobność przekonać się osobiście o stałej nieledwie obecności lasecznika okrężnicy w narządach chłonnych krezkowych, ten dla objaśnienia, w jaki sposób dostaje się on z kiszki do nerki, nie będzie odwoływać się do stwierdzonego w ostatnich czasach i bardzo głośnego wśród autorów niemieckich połączenia zapomocą naczyń chłonnych kiszki grubej z nerką prawą, a raczej jej otoczką, oraz mniej pewnego i wyraźnego z lewą. Połączenia te tak się mają do naczyń chłonnych krezkowych i przewodu piersiowego, jak drobne drogi podjazdowe do torów bezpośredniej komunikacyi. Że transport lasecznika okrężnicy odbywa się po wielkich drogach fizyologicznej resorbcyi, nie zaś po owych drogach ubocznych, jest dla mnie sprawą niewątpliwą.

Jako główny czynnik usposabiający do zadomowienia się zakażenia w miedniczce nerkowej wymienić należy zastój moczu, wywołany przez te lub inne przyczyny, zwężające światło moczowodu i upośledzające jego czynność doraźnego opróżniania miedniczki. W ciąży n. p., prócz innych czynników dodatkowych, gra główną rolę ucisk, wywierany przez powiększoną macicę na moczowód.

Sprawę leczenia ostrego zapalenia miedniczki nerkowej załatwić mogę w trzech słowach, i to bynajmniej nie w przenośni. Jeden z klinicystów wyraża się lapidarnie, iż wystarczają tu naogół łóżko i woda, czyli spokój i wzmożone wydzielanie moczu. Do dwóch powyższych dodać wypada na trzeciem miejscu działanie antyseptyków moczowych, a więc salolu i urotropiny, oraz całego szeregu środków od niej pochodnych — borowertyny, cystopuryny, helmitolu, heksalu, myrmalidu i t. p. Działanie środków tych w ostrym napadzie przynosi znaczne ko-

rzyści, niestety nie można tego samego powiedzieć, gdy sprawa przechodzi w postać przewlekłą. Wtedy zjawiają się wskazania do cewnikowania moczowodów oraz płukania miedniczek, co jednakże tutaj pominąć mi wolno. Gdy powodem wędrówki prątka okrężnicy do dróg moczowych są zaburzenia kiszkowe, pożądane jest zwrócenie uwagi na to pierwotne źródło zakażenia, uregulowanie dyety, środki czyszczące, powstrzymujące rozwój flory kiszkowej i t. p.

Na zakończenie chciałbym tylko jeszcze wyliczyć te wszystkie błędy rozpoznawcze, których unikać należy, rozpoznając zapalenie miedniczki nerkowej. Różniczkowanie z nieżytem pęcherza, gdy chodzi o postać przewlekłą, bez pomocy cystoskopii przedstawiać może znaczne trudności: objawy zapalenia miedniczki mogą być przytem zamaskowane przez objawy nieżytu pęcherza. Obowiązuje tu zasada, że nieżyt pęcherza, leczony bezskutecznie w ciągu trzech tygodni miejscowo i ogólnie, o ile nie jest zależny od kamienia, gruźlicy lub przetoki pęcherzowo-pochwowej, podtrzymywany jest przez jednoczesne zapalenie miedniczki. Najczęściej mieszano zapalenie miedniczki z zapaleniem wyrostka robaczkowego. Quervain twierdzi, że dzieje się to w 5 na sto przypadków operowanych, inni, jak Hausmann, podnoszą tę cyfrę do 10%, czyli, że zdaniem tego autora co dziesiąty wycięty wyrostek robaczkowy jest wyrostkiem zdrowym, operowanym z powodu nierozpoznania zapalenia miedniczki. W razach wątpliwych, oprócz dokładnego badania moczu, co jest najważniejsze, nie należy ograniczać się nigdy do obmacywania brzucha wyłącznie od przodu, jak się to dzieje powszechnie, lecz sięgać również do tyłu, w okolicę lędźwiową, do miedniczki. Kończę na wyliczeniu tych wszystkich chorób, które mylnie rozpoznawano zamiast zapalenia miedniczki. Rozpoznawano więc: dur brzuszny, zapalenie otrzewnej, kamicę żółciową, choroby żołądka i jelit, zapalenie opłucnej, zapalenie płuc centralne, gorączkę popołogową, gościec, dur powrotny, zimnicę, rwę nerwu kulszowego, histeryę, neurastenię, u dzieci zaś prócz tego zapalenie opon mózgowordzeniowych i zapalenie istoty szarej rdzenia. Wreszcie u niemowląt rozpoznawano niekiedy zapalenie ucha środkowego i wykonywano wielokrotnie, przytaczam to za Finkelsteinem, przekłucie błony bębenkowej przy zapaleniu miedniczki nerkowej. Gdy chodzi o niemowlęta, trudności zebrania moczu do badania tłomaczyć mogą do pewnego stopnia przytoczone błędy rozpoznania, u ludzi dorosłych niema powyższej »okoliczności łagodzącej«.

Postępy w rozpoznawaniu i leczeniu spraw gorączkowych o pochodzeniu ukrytem w zakresie cierpień narządów rodnych kobiecych

napisał

Dr Czesław Czerwiński (Lublin).

(Odczyt na II. Zjeździe lekarzy prowincyonalnych Królestwa Polskiego w Lublinie).

Narządy rodne kobiece tak łatwo są dostępne naszemu badaniu, a przyczyny powstawania spraw gorączkowych w sferze tych narządów są dziś tak szeroko wyjaśnione, że w ścisłem tego słowa znaczeniu mowy tu być nie może o t. zw. »kryptogenetyzmie«.

Pomijając sprawy zapalne sromu, pochwy i macicy, które same przez się ujawniają się całym szeregiem bardzo wyraźnych objawów przedmiotowych i podmiotowych, zatrzymamy dłużej naszą uwagę na cierpieniach bardziej ukrytych narządów, jak jajniki i jajowody, których przy wyjaśnieniu przyczyn gorączki w ustroju kobiecym pominąć nie możemy, chociażby dlatego, że skargi chorej skierowują naszą uwagę na właściwą drogę. Wtedy od sprawności lekarza w badaniu całkowicie zależeć będzie, czy pochodzenie sprawy gorączkowej ma pozostać »ukrytem«, czy też rozpoznanie stanu chorobowego przydatków macicy ma stanowczo ustalić, że tu jest przyczyna gorączki. Tam, gdzie dokładność w określeniu choroby zależy tylko od osobistych zalet lekarza, do jakich należy sprawność w badaniu ginekologicznem, tam nie może być mowy o postępach w rozpoznawaniu; jeżeli jednak zważymy, że nie wystarcza dziś powiedzieć, że »jajnik jest powiększony, a jajowód zgrubiały«, że dzisiejszy stan nauki lekarskiej wymaga od nas zarówno określenia samej istoty cierpienia, jak i tła, na którem ono powstało, to wtedy będzie jasnem, że w zakresie chorób kobiecych tylko sprawy zapalne w przydatkach macicy mogą być zaliczone do rzędu gorączek o pochodzeniu ukrytem, a udoskonalenie starych i wynalezienie nowych sposobów zróżniczkowania rozmaitych postaci tych spraw zapalnych będzie postępem w ich rozpoznawaniu, a co za tem idzie, i leczeniu.

Etyologicznie sprawy zapalne przydatków macicy dadzą się podzielić na trzy działy:

a) zakażenie wywołane drobnoustrojami ropotwórczymi (paciorkowcami i gronkowcami),

b) rozliczne postacie gruźlicy i

c) zakażenia wywołane dwoinkami Neissera — wiewiór.

W rozpoznawaniu dwu pierwszych postaci nauka ostatnich lat zrobiła stosunkowo niewielkie postępy, ustaliwszy jedynie, że zakażenia drobnoustrojami ropotwórczymi zdarzają się prawie wyłącznie w okresie poporodowym i poporonieniowym, a gruźlicze powstają wtórnie w narządach rodnych kobiecych drogą naczyń krwionośnych z pierwotnego ogniska najczęściej w płucach, lub w przewodzie pokarmowym; a więc: pierwsza postać da się ustalić z wielkiem prawdopodobieństwem na zasadzie wywiadów (odbycie gorączkowego okresu poporodowego), a druga przez stwierdzenie obecności ogniska gruźliczego w innych narządach, niekiedy przez stwierdzenie płynu wolnego w jamie brzusznej, czasem ze współistnieniem objawów przewlekłego zapalenia otrzewnej; wogóle jednak pewne rozpoznanie gruźlicy jajowodów, jak dotąd, należy do najtrudniejszych zadań, jakie klinika stawia lekarzowi.

Najczęściej spotykana postać — wiewiór jajowodu (lub jajowodów) — z łatwością daje się rozpoznać, o ile równocześnie istnieją objawy wiewióra innych części narządu rodnego. O ile jednak chora zgłasza się do lekarza w okresie, kiedy te objawy już znikły, lub, jak to niekiedy bywa, o ile drobnoustroje, nie osiedlając się po drodze na błonie śluzowej kanału rodnego, przeniknęły do jajowodu, o tyle rozpoznanie różniczkowe staje się niepewnem. Chełboczący guz przydatków macicy może w tym przypadku

dać powód do rozpoznania ciąży jajowodowej; to zmusiłoby lekarza do wysnucia wskazań do natychmiastowego zabiegu operacyjnego, co, jak to później wykażę, niepotrzebnie narazićby mogło życie chorej na niebezpieczeństwo.

W takich przypadkach zastosowanie w celach rozpoznawczych szczepionki (wakcyny) wiewiórowej może niekiedy istotę guza wyjaśnić.

Po nieudanych próbach z różnorodnemi surowicami, dzięki badaniom Wrighta w ostatnich latach rozpoczęto energiczną pracę nad klinicznem wyjaśnieniem zjawisk t. zw. czynnego uodpornienia ustroju, t. j. stosowaniem szczepionek, otrzymanych z czystych hodowli drobnoustrojów (w przeciwieństwie do surowic, otrzymywanych z krwi zwierząt uodpornionych). Nie tu miejsce na rozpatrywanie teoretycznych podstaw nauki o tem t. zw. czynnem uodpornieniu w chorobach zakaźnych wogóle; nas w danym razie interesuje tylko fakt, że szczepionka, otrzymana przez Brucka z czystych hodowli dwoinek Neissera (a wyrabiana przez firmę Scheringa i sprzedawana pod nazwą arthigonu), ma znaczenie praktyczne przy rozpoznawaniu i leczeniu ukrytego wiewióra.

Mniejwięcej w dobę po wstrzyknięciu 0,5 cm^3 arthigonu chorej na wiewiórowe zapalenie jajowodu zjawia się w miejscu wstrzyknięcia zaczerwienienie i lekkie obrzmienie skóry, ciepłota podnosi się o $^1/_2$ — 1 stopnia, występują zaburzenia w stanie ogólnym, a zarazem zjawia się wyraźny odczyn w postaci bólu w samem ognisku choroby. Taksamo określa działanie swojej szczepionki drugi badacz — Reiter, podkreślając tylko, że zaczyna wstrzykiwania od bardzo małych dawek i powtarza je dopiero po upływie 5 dni.

W ostatnich czasach w specyalnem piśmiennictwie zjawiło się bardzo wiele prac, które miały na celu sprawdzenie zarówno rozpoznawczych, jak i leczniczych własności szczepionek wiewiórowych. Ogólne wnioski w tym względzie dadzą się streścić w sposób następujący:

1) Szczepionki wiewiórowe nie mają żadnego swoistego działania w przypadkach zachorowań cewki moczowej, szyjki macicznej i samej macicy, wywołują natomiast w większości przypadków wyraźny odczyn tam, gdzie istnieje zamknięte ognisko, a więc w ropniakach jajowodów.

2) Odczyny w miejscu wstrzyknięcia szczepionki i w ognisku chorobowem nie mogą być uznane za bezwzględnie znamienne przy rozpoznawaniu ukrytego wiewióra, natomiast charakterystyczne jest podniesienie się ciepłoty ciała wyżej 38° C.

W przypadkach trudnych pod względem rozpoznawczym, a więc tam, gdzie przy nieznacznych bólach i krwawieniu bez podniesienia ciepłoty wyczuwamy elastyczny guz w przydatkach macicy, należy chorej wstrzyknąć 1 cm^3 arthigonu (który daje wyraźniejszy odczyn, niż szczepionka Reitera) podskórnie lub śródmięśniowo; jeżeli w przeciągu doby po takiem wstrzyknięciu ciepłota ciała podniesie się wyżej 38° C., zjawi się ogólne niedomaganie, bóle krzyża, głowy i wymioty, jeżeli przytem zwiększy się bolesność w ognisku chorobowem, to wszystko to, razem wzięte, przemawiać będzie za względnie świeżą sprawą wiewiórową w jajowodzie; stare ropniaki dają słabszy odczyn lub też wcale go nie dają.

Jakkolwiek próba powyższa nie jest bezwzględnie pewna, wzbogaciła ona jednak arsenał naszych środków rozpoznawczych, a ponieważ da się łatwo wykonać i nie wywiera żadnego ubocznego ujemnego wpływu na ustrój chorej, zasługuje przeto na rozpowszechnienie.

Ropienie w jajowodach, bez względu na jego pochodzenie, jak zresztą wogóle obecność ropy w tym lub innym narządzie wewnętrznym, ujawnia się nietylko podniesieniem ciepłoty, ale niekiedy całym szeregiem objawów ropniczych, z których najwięcej może znamienne są bóle w stawach i torebkach ścięgnistych. Jeżeli lekarz w każdym przypadku tego rodzaju nie zaniedba dokładnego zbadania przydatków macicy, uniknie nieraz poważnej pomyłki w rozpoznawaniu istoty cierpienia; wyjaśniwszy, że ma przed sobą nie gościec stawowy, ale ropienie w małej miednicy, nie narazi chorej na wielotygodniowe leczenie środkami wewnętrznymi, lecz niezwłocznie skieruje ją do specyalisty chirurga.

Badanie przydatków macicy powinno też obowiązywać każdego lekarza praktyka w przypadkach wątpliwego rozpoznania zapaleń wyrostka robaczkowego u kobiet, narząd ten bowiem tak blizko sąsiaduje z prawym jajowodem, że nieraz tylko zbadanie narządów rodnych kobiety mogło ustalić rozpoznanie pęknięcia ciąży jajowodowej tam, gdzie wszystkie objawy kliniczne przemawiały za przedziurawieniem wyrostka.

Przechodząc do omówienia postępów w leczeniu spraw gorączkowych o ukrytem pochodzeniu w sferze narządów rodnych kobiety, znów mówić wypada tylko o leczeniu spraw ropnych w jamie małej miednicy. Postęp w leczeniu tych spraw, jaki objawia się coraz bardziej, ogólnikowo daje się określić dość paradoksalnie; zwolennicy zachowawczego leczenia przydatków macicy są postępowcami w dziedzinie chirurgii ginekologicznej, drogą bowiem doświadczenia klinicznego, zdobytego na olbrzymiej ilości operowanych w ostatnich latach przypadków, doszli oni do jedynie słusznego wniosku, że t. zw. doszczętny zabieg chirurgiczny należy w danym razie uważać za ostateczny środek, który młodą kobietę, bo o takie przecież najczęściej tu idzie, pozbawia narządów, niezbędnych dla utrzymania cielesnej i duchowej równowagi w ustroju, środek, który niezawsze zabezpiecza ustrój od nawrotów cierpienia, jak to bywa przy wiewiórze, naraża natomiast na nowe ciężkie dolegliwości, jak to widzimy niekiedy w gruźlicy, kiedy po usunięciu chorego jajowodu pozostaje nigdy nie gojąca się, a wyniszczająca ustrój, przetoka jelitowa.

Nie od rzeczy więc będzie przypomnieć tu w krótkich słowach główne zasady zachowawczego leczenia spraw zapalnych w jamie małej miednicy.

W ostrym okresie choroby nasze leczenie sprowadza się do leżenia w łóżku, pęcherza z lodem lub później okładu rozgrzewającego na dolną okolicę brzucha, lekkiej a pożywnej dyety, regulowania czynności jelit i objawowego stosowania środków wewnętrznych, unikając zbytecznego przeładowywania ustroju narkotykami. Tutaj nie można zbyt silnie podkreślić, jak szkodliwe jest niestety tak częste stosowanie w tym okresie miejscowego leczenia w postaci wystrzykiwań, gałek i tamponów pochwowych i t. p., nie mówiąc już o wprost karygodnych wyskrobywaniach jamy macicy i przemywaniach wewnątrzmacicznych w celu zatrzymania krwotoku, zabiegach, które bywają nieraz bez-

pośrednią przyczyną ogólnego zapalenia otrzewnej. Wszelkie miejscowe zabiegi możemy polecić chorej dopiero wtedy, kiedy ostry okres zapalny zakończył się całkowicie, t. j. nie wcześniej, niż w 10 – 14 dni od ostatniego podniesienia się ciepłoty, lub kiedy choroba przechodzi w stan przewlekły. Wtedy dopiero różnorodne kąpiele całkowite i nasiadowe, gorące przestrzykiwania, tampony, leczenie gorącem powietrzem i t. p. metody leczenia mogą dodatnio wpłynąć na zmniejszenie się, ewentualnie zupełne zniknięcie ogniska zapalnego. Jeżeli jako ostateczny wynik takiego leczenia pozostaną zgrubienia tkanek i zrosty z sąsiednimi narządami, to umiejętnie przeprowadzone leczenie miesieniem ginekologicznem daje zupełne wyzdrowienie (w przypadkach zapalenia wiewiórowego z miesieniem należy się wstrzymać jak można najdłużej).

Cały ten spis klasycznych środków leczenia zachowawczego w ostatnich czasach wzbogacony został co do ropniaków pochodzenia wiewiórowego — a te są najczęstsze — wprowadzeniem w użycie szczepionek, o których wyżej była mowa. Stosowane przy wykształconych już, ale bezgorączkowych ropniakach jajowodów, dają te szczepionki niekiedy bardzo szybkie polepszenie objawów podmiotowych, a we względnie świeżych przypadkach nawet zupełne wyzdrowienie. Dlatego też pozwolę sobie opisać sposób stosowania jednego gatunku tych szczepionek, a mianowicie arthigonu, sposób, polecony przez samego twórcę tej szczepionki — Brucka, a sprawdzony w wielu przypadkach przez Frommego, Collmanna i wielu innych klinicystów. Wstrzykują oni śródmięśniowo w okolicę pośladkową 0,5 cm^3 arthigonu. Jeżeli w przeciągu doby po wstrzyknięciu ciepłota podnosi się do 38^0 i wyżej, to po 4—5 dniach powtarzają takież wstrzyknięcie; jeżeli po pierwszem wstrzyknięciu nie było podniesienia ciepłoty, to przy drugiem wstrzyknięciu dawkę należy zwiększyć do 1 cm^3. W ten sposób stopniowo przechodzi się do dawki 1,5 i 2 cm^3, powtarzając wstrzyknięcia co 4—5 dni. Dawek wyższych nad 2 cm^3 nie stosowano, a ogólna ilość wstrzykniętego płynu wahała się w każdym poszczególnym przypadku między 5—7 cm^3. Wszystkie przypadki leczono wyłącznie tylko szczepionką, dlatego też słusznie przypuszczają sprawozdawcy, że wyniki takiego leczenia będą znacznie lepsze, jeżeli równocześnie z wstrzykiwaniami arthigonu zastosujemy i cały szereg innych środków leczniczych. W roku bieżącym zaczęto próby z śródżylnemi wstrzykiwaniami szczepionek, naturalnie w znacznie mniejszych dawkach, okazało się jednak, że o ile w celach rozpoznawczych ten sposób zastosowania szczepionki daje odczyny wyraźniejsze, o tyle w znaczeniu leczniczem nie stanowi on postępu w porównaniu ze wstrzykiwaniami śródmięśniowemi. Jeżeli jednak leczenie zachowawcze, stosowane nieraz przez długie miesiące, — a w razie potrzeby i przez lata —, nie daje zupełnej poprawy, lub też, jeżeli zjawia się wysoka gorączka przy jednoczesnem powstaniu dużego ropnia, łatwo dostępnego od strony pochwy, — to wówczas chora powinna przejść pod obserwacyę specyalisty chirurga, którego zadaniem będzie wskazania do zabiegu ustalić, ewentualnie zabieg wykonać. Jemu też należy pozostawić wybór metody operacyjnej i dlatego sprawę postępów techniki w pracy niniejszej całkowicie pomijam.

Rzut oka na rozwój patologii na tle rozwoju nauki, w szczególności przyrodoznawstwa. Patologia jako nauka.

Napisał

Prof. Dr Karol Klecki.

(Ciąg dalszy).

Lekarz polski, Józef Struś (1510—1568) pierwszy podejmuje na nowo w badaniach swych nad tętnem zarzucony od czasów Galena eksperyment fizyologiczny. Dopiero w kilkadziesiąt lat potem, w r. 1628, zastosowana w fizyologii metoda eksperymentalna doprowadziła Williama Harveya (1578—1657), autora słynnego aforyzmu omne vivum ex ovo, do odkrycia obiegu krwi.

Nieco później uczeń Harveya, Franciszek Glisson (1597—1677) stwierdził niezmiernie ważną właściwość wszelkich tworów żywych, mianowicie ich pobudliwość (irritabilitas). Własność tę przypisywał Glisson włóknom ustroju, które, pobudzone przez bodźce zewnętrzne lub wewnętrzne, sprowadzają wszelkie ruchy organiczne nieświadome. Świadomość zaś ruchów powstaje, według Glissona, dopiero wówczas, gdy zadrażnienie przenosi się z włókien na nerwy.

Duch czasu, objawiający się w zwrocie do empiryi i krytyce dawnych autorytetów, sprawił, że w XVII w. medycyna praktyczna mogła zacząć się doskonalić; zwłaszcza jej strona techniczna mogła czynić postępy dzięki lepszemu poznaniu anatomii.

Ale patologia, pomimo olbrzymiego przewrotu, jaki w wieku Odrodzenia dokonał się w nauce, istotnego postępu w czasie tym uczynić nie mogła. Wielkie bowiem odkrycia tego wieku, które dały podstawę nowoczesnemu przyrodoznawstwu, nie mogły w krótkim czasie pogłębić poznania tak zawiłych stosunków biologicznych, jakiemi zajmuje się patologia. Przytem dociekania wybitniejszych lekarzów tej epoki zwracały się głównie w jednym tylko kierunku, mianowicie do chorób epidemicznych, jakie w wiekach średnich niezmiernie często i z wielką siłą grasowały. Epidemie moru w XIV, XV i XVI ww., oraz epidemiczne rozpowszechnienie się kiły w końcu XV w. w znacznej mierze przyczyniły się do upadku poglądów, płynących z nauki Galena i lekarzy arabskich, w epidemiach tych pokazała się bowiem cała bezsilność medycyny, opartej na tych poglądach. To też w tej dziedzinie patologii pogląd pierwotny, według którego choroby epidemiczne są chorobami ogólnemi, powstałemi wskutek zepsucia się soków ustroju, przyczem niemałą rolę odgrywa jakaś własność tajemnicza, »qualitas occulta«, powietrza, coraz więcej zaczął ustępować teoryi, głoszącej zaraźliwość tych chorób.

Wprawdzie już Hippokrates wspomina o miasmatach, jako o czynnikach chorobotwórczych, a udzielanie się niektórych chorób przez zetknięcie się (contagium) było rzeczą już oddawna znaną; ale medycyna arabska ten dział patologii prawie zupełnie zaniedbała, tak że dopiero pod wpływem powyżej wspomnianych epidemii powstała w XVI w. teorya kontagionistyczna cho-

rób epidemicznych, którą najlepiej uzasadniał Hieronim Fracastoro (1483—1553).

Już w r. 1508 lekarz krakowski, Jan Benedykt stwierdził udzielanie się kiły przez odzież chorych. Oddzielanie podczas epidemii osób chorych od zdrowych stosowano już oddawna, a w XVI w. nawet już wyjaławiano przez wyżarzenie złote obrączki, które kazano chorym kiłowym trzymać w ustach, by ułatwić w ten sposób uchodzenie z ustroju szkodliwych wyziewów.

Ścieranie się poglądów kontagionistów z nieuznającymi ich teoryi antykontagionistami doprowadziło do powstania pojęcia konstytucyi epidemicznej, która w epidemiach miała odgrywać wielką rolę. Pojęcie to utrzymywało się w patologii aż do drugiej połowy ubiegłego wieku.

Że poza wzbogaceniem materyału obserwacyjnego, tyczącego się chorób epidemicznych, patologia w tych czasach mały tylko postęp uczyniła, świadczy ujęcie patologii przez jednego z najwybitniejszych lekarzów tych czasów, Jana Baptystę van Helmonta (1578—1644), ucznia Paracelsa, twórcę t. zw. systemu dynamicznego.

Patologia van Helmonta, płynąca z jego poglądu na przyrodę, opartego na nauce chrześciańskiej, zawiera tyleż elementu mistycznego, co patologia Paracelsa.

Według van Helmonta choroby powstają wskutek połączenia się ens reale subsistens in corpore z czynnikiem życia, archeuszem, podległym duszy (causa efficiens, archeus, fermentum), przez co idea archeusza spacza się i archeusz odpada od nieśmiertelnej idei życia. Powstałe przez to zaburzenia sprowadzają wtórnie zmiany poszczególnych narządów, przez zadziałanie na rządzące nimi archeusze drugiego rzędu (archei insiti). Zaburzenia archeuszów drugiego rzędu, które mogą powstać także pierwotnie, przenoszą się w ustroju za pośrednictwem właściwych składników organicznych krwi, które van Helmont określa jako latex sanguinis, a które same również mogą uledz chorobie. Na tej podstawie zbudowana klasyfikacya chorób jest oczywiście zupełnie fantastyczna. W patologii van Helmonta nie brak jednak niektórych trafnych wywodów. Tak n. p. stwierdza on, że siedliskiem nieżytów dróg oddechowych jest nie mózg, który według dawniejszych pojęć miał wytwarzać śluz, ale błona śluzowa, wyścielająca drogi oddechowe; van Helmont sądzi, że w dnie, którą uważa za zaburzenie pierwotne archeusza, latex wytwarza nadmierną ilość kwasu, przez co powstają w stawach znamienne w tej chorobie złogi.

Tymczasem w filozofii XVII w. rozpoczyna się krytyczna analiza życia duchowego na podstawie empiryi wewnętrznej (Renat Descartes (1596—1650), Jan Locke (1632—1704) i in.), co prowadzi do ugruntowania teoryi poznania. Odtąd, w ciągu ostatnich wieków, filozofia rozwija się głównie w dwu kierunkach, które na powstałych w tym czasie teoryach lekarskich wyraźnie się odbiły. Pochodzi to stąd, że zarówno filozofia, jak i nauki lekarskie z tego samego czerpały źródła, oraz stąd, że w ruchu filozoficznym ostatnich wieków lekarze nieposlednią odegrali rolę. Jeden z tych kierunków, materyalistyczny, wskrzeszony przez współczesnych z Kartezyuszem Piotra Gassendiego (1592—1655) i Tomasza Hobbesa (1588—1679), reprezentowany w XVIII w. głównie przez materyalistów francuskich, łączy się pośrednio z filozofią materyalistyczną ostatnich czasów, drugi zaś, wywodzący się od Kartezyusza kierunek idealistyczny, oparty na podstawie empiryczno-psychologicznej, znalazł wyraz w filozofii Barucha Spinozy (1632—1677), Gotfryda Wilhelma Leibnica (1646—1716), Immanuela Kanta (1724—1804), Jana Gottlieba Fichtego (1762—1813), po części w poglądach Artura Schoppenhauera (1788—1860), a potem w filozofii neokantystów.

Na eksperymencie oparte, empiryczne badanie przyrody rozwinęło się w XVII w. najwięcej w Anglii, która w wieku tym wydała Roberta Boyle (1626—1691), chemika i filozofa, któremu nauka zawdzięcza teoryę powinowactwa chemicznego, oraz genialnego Izaaka Newtona (1642—1727), który odkrył prawo ciążenia, stworzył dynamikę, rachunek różniczkowy i oparł fizykę we wszystkich niemal jej działach na podstawach matematycznych. Jako źródło poznania uznawał Newton jedynie obserwacyę, oraz ścisłą analizę.

W naukach lekarskich zaszedł w XVIII w. znaczny postęp; medycyna zaczęła bowiem rozwijać się w tym wieku pod znakiem fizyologii. Przyczyniło się do tego w znacznym stopniu dokładniejsze poznanie anatomii, oraz zastosowanie do badań lekarskich mikroskopu (Marcello Malpighi (1628—1694), Antoni van Leuvenhoeck (1632—1723), Jan Swammerdam (1637—1680), co między innemi dało jedną z głównych podstaw zapoczątkowanej przez Fabrycyusza ab Aquapendente (1537—1619) embryologii przez odkrycie plemników, dokonane w r. 1677 przez Hama.

Na zwrot, jaki się dokonał w tym czasie w medycynie, wpłynęła jednak głównie ta okoliczność, że zaczęto stosować wiadomości, zaczerpnięte z fizyki i chemii do tłómaczenia zjawisk życiowych; zaczęto tłómaczyć ruchy zwierzęce na zasadach fizyki i objaśniać różne zjawiska z dziedziny trawienia, przemiany materyi, oddychania i wytwarzania krwi na podstawach, jakie dawała ówczesna chemia i fizyka. Oparte na takich podstawach przyrodniczych, powstały w XVII w dwie szkoły lekarskie, iatrochemiczna i iatromechaniczna, czyli iatrofizyczna.

Szkoła iatrochemików, której twórcą był Franciszek Delaboe (Sylvius) (1614—1672), wyznawała głównie patologię humoralną i sprowadzała powstawanie chorób przeważnie do nieprawidłowych fermentacyi w ustroju, przyczem »ostrość« soków, zwłaszcza żółci, wielką odgrywała rolę.

Iatromechanicy zaś sprowadzali sprawy chorobne głównie do zmian fizycznych, jakoto do zmian napięcia włókien, mechanicznego zadrażnienia nerwów i t. p. Kierunek iatromechaniczny wywodzi się od fizyologa Alfonsa Borelli (1608—1679), który przez zastosowanie w swoich badaniach sposobów fizycznych przyczynił się znacznie do postępu fizyologii, zwłaszcza mięśni dowolnych, serca i wydzielania.

(Ciąg dalszy nastąpi).

Piśmiennictwo bieżące.

Medycyna wewnętrzna.

Simmonds. **O wtórnych nowotworach przysadki i związku ich z z cukrzycą wrzekomą.** (Münch. med. Woch. 1914, Nr 4). S. badał szczegółowo przysadki przy sekcyach i doszedł do przekonania, że wtórne nowotwory w przysadce wydarzają się dość często. W przeciągu roku znalazł 9 takich przypadków. Dodać trzeba, że przerzuty te często wykazać można dopiero drobnowidowo. S. zauważył, że niezmiernie często przerzuty w przysadce spotyka się przy raku sutka (6 przypadków). Klinicznie nowotwory te cechują się nieraz objawami cukrzycy wrzekomej, o czem wspominają i inni autorzy, jak Schmorl, Goldzieher i t. d. Chodzi tu o brak czynności pewnych części przysadki. Z tego też powodu przy nowotworach powinno się bardzo zwracać uwagę na mocz, a gdy n. p. przy raku sutka wykaże się cukrzycę wrzekomą, to obudzić to powinno przypuszczenie przerzutu w przysadce. K.

Welz. **Róża w etyologii cukrzycy.** (Münch. med. Woch. 1914, Nr 8). Wielu autorów wspomina o powstawaniu cukrzycy na tle chorób zakaźnych. Pamiętać jednak należy, że nieraz dopiero w przebiegu choroby zakaźnej lekarz, obserwując stale chorego, zwraca uwagę na cukrzycę, która już dawniej istniała. Zaprzeczyć się wszakże nie da, że choroba zakaźna może istotnie wywołać cukrzycę u osoby, która przedtem nigdy cukru w moczu nie miała. Do chorób takich należy też i róża. Dwa takie typowe przypadki opisuje autor; spostrzegano tu także typowe po róży schorzenie trzustki, a w jednym przypadku stwierdzono to i na sekcyi. Również Noorden zwraca uwagę, że często przy chorobach zakaźnych ulegać może zajęciu trzustka. K.

Prof. Brugsch. **Kwas moczowy i usposobienie.** (Zeitscht. f. ärzt. Fort. Nr 5, 1914). Wydzielanie się kwasu moczowego u dorosłych osób przy dyecie bezpurynowej stanowi pewną ilość stałą, która na dobę wynosi 0,3—4 g. Ilości stałe ponad 0,4 uważamy już za wysokie wydzielanie się kwasu moczowego. U chorych na dnę ta stała ilość może wynosić 0,1—0,3 g. Jeszcze niższe ilości stałe spotykamy w dnie w połączeniu z marskością nerek. Przemianą ciał purynowych kieruje ośrodek, znajdujący się w rdzeniu przedłużonym, a w przemianie tej pierwszorzędną rolę odgrywa wątroba. Wzmożone wydzielanie się kwasu moczowego podczas samego napadu dny, albo poza napadem, uwarunkowane jest silnem podrażnieniem nerwowem tego ośrodka. U ludzi z usposobieniem dnawem nawet bez wykroczeń w dyecie znajdujemy wzmożone lub zmniejszone wydzielanie się kwasu moczowego; to samo zdarzyć się może u ludzi pozornie najzupełniej zdrowych, mających jednak ukrytą dnę. Co się tyczy pierwszej kategoryi ludzi, to są to często ludzie nerwowi, psychopaci; spotykamy u nich wzmożone wydzielanie się kwasu moczowego. Temu wzmożonemu wydzielaniu się kwasu moczowego towarzyszy ból głowy, poty, przygnębienie, ogólne niedomaganie. Atofan w tych przypadkach daje bardzo dobre wyniki. Dna, przez upośledzenie w przemianie ciał purynowych, nie pozostaje bez wpływu na tkankę nerwową, na sprawy fermentacyjne i fizyczno-chemiczne w ustroju. Stąd na tle dnawem powstają zaburzenia w układzie nerwowym, w mięśniach, w stawach, często nawet bez napadów dnawych. I tutaj leczenie atofanem działa skutecznie przy jednoczesnem ograniczeniu spożywania mięsa i alkoholu. Podobnie, jak zdarza się płonica bez wysypki, tak bywa i dna bez napadów dnawych. To usposobienie dnawe rozpoznajemy po pewnych objawach. W celach leczniczych ważne jest zastosowanie takiej dyety, którąby wpływała na zmniejszenie się wytwarzania w ustroju kwasu moczowego, wogóle dyeta o małej ilości mięsa i bezalkoholowa. W okresie przedmiażdżycowym spotykamy zatrzymanie się kwasu moczowego we krwi, czem również możemy sobie wytłómaczyć rozmaite dolegliwości, na które w tym okresie chorzy tacy się uskarżają. Również zatrzymaniem się kwasu moczowego we krwi objaśniamy bóle w stawach u chorych z marskością nerek i wysokiem ciśnieniem krwi. Duże ilości kwasu moczowego we krwi przyczyniają się do powstania przewlekłych zapaleń stawów. Przy dnawych zmianach stawów (arthritis urica), podobnie jak przy zapaleniu zniekształcającem stawów, złogi kwasu moczowego znajdujemy na końcach kości, na końcach chrząstek i kości w stawach. I tutaj zastosowanie odpowiedniej dyety i leczenie atofanem da dobre wyniki. Tadeusz Kon.

Skórczewski i Sohn. **Wpływ leczenia radem na przemianę materyi u dnawych.** (Zeitschr. f. exp. Path. u. Ther. Tom XIV. 1., 1913). Na podstawie swych badań dochodzą autorowie do następujących wyników: Leczenie radem nie upośledza zupełnie ogólnego bilansu przemiany materyi, wyrażającego się ostatecznie w przyroście wagi, chorzy bowiem przybierali znacznie na wadze w czasie leczenia. Również nie spostrzegali autorowie wpływu radu na wzmożenie rozpadu białka w ustroju. W pięciu na sześć przypadków zauważono wzmożenie wydzielania moczu, które u czterech chorych utrzymywało się stale. W 4. i 5. dniu leczenia radem można było u 4 chorych stwierdzić pewne zaburzenia w wydzielaniu azotu, kwasu moczowego, siarki mineralnej i obojętnej, mianowicie wzmożenie wydzielania tych substancyi, które autorowie w swych badaniach chemicznych uwzględnili. U 2 innych chorych wzmożone wydzielanie dotyczyło tylko kwasu moczowego i siarki obojętnej, wydzielanie kwasu moczowego szło zawsze i stale w parze z wydzielaniem siarki obojętnej. Po równoczesnem podaniu atofanu i nukleinianu sodowego wydzielanie kwasu moczowego i siarki obojętnej było w czasie leczenia radem większe, niż w okresie przed leczeniem. Autorowie wnoszą ze swych badań, że wpływ radu na ustrój polega na zmniejszeniu zdolności utleniającej. N.

Zarys historyi Towarzystwa lekarskiego w Lublinie w ciągu czterdziestolecia

napisał

Dr Aleksander Jaworowski

(Odczyt na uroczystem posiedzeniu jubileuszowem Towarzystwa lek. lubelskiego 30. V. 1914).

Powołany wolą współkolegów do skreślenia kroniki naszego Towarzystwa za ubiegłych lat 40, podjąłem się tego obowiązku, aczkolwiek, wyznać to muszę, z pewną obawą, czy potrafię mu sprostać. Trudność wydawała mi się leżeć w tem, że sam osobiście w ciągu 35 lat spełniałem różne czynności w zarządzie Towarzystwa. Sądzę jednak, że przedstawiwszy rzecz bezstronnie, spełnię włożony na mnie obowiązek sumiennie.

Zanim przystąpię do właściwego przedmiotu, pozwolę sobie cofnąć się w przeszłość i wydobyć z niepamięci kilka nazwisk z historyi Lublina, mających związek z medycyną lubelską.

Najpierwszym godnym wspomnienia faktem jest założenie pierwszego w mieście szpitala św. Ducha w r. 1342 na 12 chorych, wybudowanego wraz z kościołem pod temże wezwaniem z ofiar publicznych. Szpital ten przetrwał kilka wieków i po otwarciu nowych większych szpitali zamieniony został na przytułek dla starców (w połowie z. w. przeniesiony do innego budynku przy ul. Grodzkiej).

Drugim faktem, doniosłym pod względem higieni-

cznym, jest urządzenie wodociągów miejskich. Przywilej na nie był wydany w r. 1505, otwarcie jednak nastąpiło dopiero w r. 1535 za Zygmunta I. Przetrwały one do drugiej połowy XVII w. i uległy zniszczeniu podczas wojen szwedzkich. Czerpanie wody odbywało się z rz. Bystrzycy powyżej miasta.

W okresie złotego wieku mamy w Lublinie i w okolicach jego kilku sławnych lekarzy. Najsławniejszym jednak z pomiędzy nich jest bez zaprzeczenia Wojciech Oczko, ur. w r. 1537 w Warszawie, zmarły w Lublinie jako obywatel miejski w r. 1599, pochowany w kościele Bernardynów, w którym bratanie Wincenty, również lekarz i kanonik gnieźnieński, wystawił mu pomnik. Był on lekarzem trzech królów i zarazem sekretarzem, »pozyskuje nietylko uznanie ich dla swoich zdolności i biegłości, ale cenią w nim prawość umysłu, naukę i wierność znakomitą«. »Jako człowiek publiczny jest dobrym obywatelem kraju, daje fundusz na szpital przy kościele św. Krzyża, pisze dzieła (Przymiot i Cieplice) i drukuje je własnym kosztem. W licznych ustępach przebija się miłość do kraju, a w przedmowie do Cieplic powiada, że chociaż dokładniej mógłby je napisać po łacinie, ale »polskie Cieplice niech mówią po polsku«.

Jako współczesnych Oczce przytoczyć możemy: Walentego z Lublina, autora dzieła: »O różnych chorobach i ich leczeniu«, który jednocześnie był tłomaczem dzieł obcych i używał podług Siarczyńskiego wielkiej sławy i wziętości. Tenże Siarczyński wymienia jeszcze Tomkowicza, jako słynnego lekarza i Jakóba z Bełżyc, jako człowieka uczonego i sławnego medyka, jak również Marcina z Chmielnik, ur. w r. 1559 w Lublinie, który został profesorem w Bazylei.

Współczesnym był także Marcin z Urzędowa, kanonik sandomierski, lekarz nadworny Jana Tarnowskiego, autor »Herbarza polskiego«, wydanego w Krakowie w 1595 r.

Za panowania Władysława IV bardzo wziętym lekarzem w Lublinie i »szczęśliwym w leczeniu« był Krzysztof Falęcki, rajca miejski.

Na początku panowania Stanisława Augusta wskutek wojen Lublin upada, tak że dopiero w r. 1785 Komisya dobrego porządku z Hryniewieckim na czele oczyszcza miasto z gruzów i błota, brukuje, odnawia bramy i ratusz, jednem słowem porządkuje. W tymże czasie zamieszkał w Lublinie Dr Michał Bergonzoni, ur. w Bononii. Napisał on dzieło »Lublin podług ustaw medyki uważany«, drukowane w Lublinie w r. 1782. Za tę rozprawę mianował go król nadwornym radcą i lekarzem swoim, później naczelnym lekarzem wojsk Rzpltej. Książę Józef w r. 1807 mianuje go powtórnie naczelnym lekarzem, którym Bergonzoni pozostaje do r. 1812. Był członkiem Towarzystwa przyjaciół nauk. 40 lat życia poświęcił nowej ojczyźnie.

W końcu XVIII i na początku XIX w. mieszkał w Lublinie i tu zmarł Dr Józef Sztejn, ur. w Austryi około 1760 r., który uwiecznił się zapisaniem w r. 1827 całego swego majątku na cele społeczne, a mianowicie 60.000 złp. na stypendyum dla studenta lub studentów medycyny Uniwersytetu warszawskiego, 20.000 złp. na szpital Szarytek, 5.000 złp. na szpital Bonifratrów, 1000 złp. na Towarzystwo dobroczynności, »chcąc się wywdzięczyć obywatelstwu m. Lublina za tyle doznanych dla siebie dowodów przychylności«, nadmieniając, »że prawo własności tej sumy nie do rządu, ale do ogółu miasta należeć będzie«, że „pobieranie stypendyum żadnych na pobierającego nie wkłada obowiązków«. (Stypendystą był m. i. Karol Jonscher, Lublinianin). Sąd współczesny o Sztejnie opiewa: »Doskonały doktór, w przyjaźni był stałym, w towarzystwie miłym, dla ubogich miłosiernym. Zgoła obywatelem poczciwym«. Z późniejszych po nim lekarzy wielką wziętością i uznaniem w mieście cieszyli się Okorski, Krzyżanowski, Szczygielski.

Na początku XIX stulecia Lublin posiadał kilka kulturalnych instytucyi, mianowicie: Towarzystwo dobroczynności, założone w 1815 r., Towarzystwo przyjaciół nauk, założone w rok później; w tymże roku wznowiono tutaj Towarzystwo rolnicze, które istniało za czasów Księstwa Warszawskiego.

Po roku 1831 instytucye te znikają z widowni, z wyjątkiem Towarzystwa dobroczynności, które w roku przyszłym obchodzić będzie stulecie swego istnienia.

Powstała później Resursa miejska, skupiająca choć trochę życie umysłowe, przestała istnieć po r. 1863. Następujący dziesiątek lat nie miał zatem żadnej kulturalnej instytucyi, którąby inteligencyę miejscową jednoczyła choćby tylko pod względem towarzyskim, nie mówiąc już o umysłowym. Potrzeba takiego ogniska dla wzajemnego kształcenia się, podtrzymywania się, ułatwienia w pracy, dawała się odczuwać lekarzom więcej, aniżeli innym zawodowcom. Toteż nic dziwnego, że pierwsi promotorzy myśli założenia Towarzystwa, koledzy Janiszewski, Jankowski i Talko, znaleźli wszystkich kolegów gotowymi do przystąpienia i zapisania się na członków założycieli.

Grono kolegów lubelskich w 1874 r. w liczbie 17 stanowili Ignacy Chrzanowski, Maurycy Ciechoński, Henryk Downar, Gustaw Doliński, Feliks Głogowski, Aleksander Janiszewski, Michał Jankowski, Adam Jentys, Juliusz Kwaśniewski, Adam Pankiewicz, Edmund Sachs, Ludwik Szmidt, Tomasz Surzycki, Józef Talko, Benjamin Tetz, Józef Ulanowski, Tomasz Żyliński, oraz aptekarze: Ksawery Russyan, Lucyan Czerwiński, Franciszek Mazurkiewicz, Maksymilian Otto, Władysław Rożański, Bronisław Szulc i August Szmiersztejn.

W tej liczbie było dwóch wychowańców Uniwersytetu wileńskiego, jeden krakowskiego, 2 Szkoły głównej warszawskiej, 3 dorpackiego, 4 petersburskiego, 4 kijowskiego, 1 moskiewskiego. Tym sposobem na terenie Towarzystwa lubelskiego podały sobie ręce dwie najstarsze polskie uczelnie lekarskie, krakowska i wileńska, z najmłodszą — warszawską.

Pierwsze inauguracyjne posiedzenie odbyło się dnia 4. lipca 1874 r. i dzień ten ustanowiono na wszystkie doroczne zebrania ogólne. Posiedzenia zwyczajne postanowiono odbywać w dniu 4. każdego miesiąca.

Pierwsze wybrane prezydyum stanowili: Kwaśniewski (prezes), Głogowski (wiceprezes), Talko (sekretarz), Russyan (skarbnik). W ciągu pierwszego roku istnienia przystąpili do Towarzystwa dwaj najmłodsi, Ciepielewski i Jaworowski, i prawie wszyscy koledzy prowincyonalni zamieszkali w gubernii, oraz aptekarze i weterynarze (zgodnie z ustawą), tak, że w końcu pierwszego roku lista wynosiła 64 członków czynnych i 9 korespondentów, razem 73.

Z tej liczby po latach 40, dziś pozostał przy życiu tylko jeden, piszący te słowa.

Prezesami w ciągu 40-lecia byli: Kwaśniewski, Janiszewski (dwukrotnie), Jaworowski (dwukrotnie), Głogowski, Eligiusz Kuszelewski, Władysław Tołwiński i obecny Stanisław Dobrucki; wiceprezesami, oprócz wyżej wymienionych: Downar, Gustaw Doliński, Tetz, Sachs, Władysław Olechnowicz, Arnstejn i obecny Czesław Czerwiński. Sekretarzowali: Talko, Doliński, Zdanowicz, Olechnowicz, Radomyski, Czerwiński, Majewski, Modrzewski, Dziemski i obecny Jasiński. Bibliotekarzami byli: Jaworowski (wydał pierwszy katalog biblioteki), Jaczewski (I suplement), Cynberg (II suplement), Modrzewski, Chodźko i Rotkel.

Członkami honorowymi Towarzystwa w ciągu 40-lecia byli dziś już nieżyjący: Józef Majer, Włodzimierz Brodowski, Ksawery Gałęzowski, Marceli Nencki, Feliks Głogowski, Julian Kosiński, Edward Korczyński, Eligiusz Kuszelewski, Aleksander Janiszewski, Henryk Jordan, Henryk Hoyer, i żyjący: Ignacy Baranowski, Ludwik Rydygier, Bolesław Wicherkiewicz, Władysław Biegański, Tadeusz Browicz, Heliodor Święcicki, August Kwaśnicki, Napoleon Cybulski i Aleksander Jaworowski.

Ze zmarłych członków najwybitniejszemi jednostkami w życiu naszego Towarzystwa, górującemi bądź umysłem,

bądź charakterem, bądź nareszcie obywatelskimi czynami, byli: Głogowski, Janiszewski, Surzycki, Tetz, Downar i Kuszelewski. Cześć ich pamięci! O Kuszelewskim dodać tu winienem, że cały swój majątek zapisał na cele oświatowe i filantropijne.

Towarzystwo w ciągu swego istnienia starało się w miarę sił i możności wypełnić swe obowiązki, dążąc stale za postępem wiedzy, było jednocześnie instytucyą regulującą stosunki koleżeńskie i wpływającą dodatnio na etykę.

Na działalność naukową Towarzystwa składali się wszyscy, każdy przynosił jakąś cegiełkę, czyto z umiłowanej jakiejś gałęzi medycyny w formie wykładu, odczytu oryginalnego, bądź też referatu, czy też demonstracyi chorych z przemówieniami, lub pokazów preparatów, narzędzi lub środków opatrunkowych.

W pierwszem dwudziestoleciu nie było jeszcze zróżniczkowania specyalności, ale zaczęły się już one zarysowywać, i tak: z zakresu medycyny wewnętrznej podawali w Towarzystwie prace Doliński, Głogowski, Janiszewski, Olechnowicz, Tetz i Żyliński; z chirurgii Janiszewski, Jankowski, Talko, Zagórski; z ginekologii Schmidt i Jaworowski; z okulistyki Downar i Talko; z pedyatryi i elektroterapii Jaworowski; z antropologii Olechnowicz; z zakresu społecznego Doliński.

W drugiem dwudziestoleciu na pierwsze miejsce wystąpiła w Towarzystwie chirurgia i ginekologia operacyjna, lwią część prac z tych gałęzi dostarczyli koledzy Dobrucki, Zagórski, Majewski i Czerwiński; obok tego jednak poważne prace z medycyny wewnętrznej przedstawili Arnstejn, Dziewiszek, Rudzki, Malewski, Klarner Szymon i Jan; z neurologii Chodźko, Biernacki; z dermatologii i syfilidologii Jaczewski; z balneologii i klimatologii Puławski; ze statystyki, antropometryi i higieny (szczególniej szkolnej) Tołwiński.

Prace wszystkie były drukowane w rocznikach Towarzystwa, wydawanych do r. 1891, gdy zaś z powodów językowych roczniki przestały wychodzić, wiele z prac pomieszczanych było w czasopismach lekarskich polskich (Gazeta lekarska, Medycyna, Przegląd lekarski, Łódzkie Czasopismo lekarskie).

W pierwszem dwudziestoleciu liczba prac z medycyny wewnętrznej wynosiła 364, z chirurgii 168; przewaga dla pierwszej wynosi 196. W drugiem dwudziestoleciu odwrotnie: z medycyny wewnętrznej prac 446, z chirurgii zaś 669, przewaga dla drugiej wynosi prac 223.

Dla wykazania, jak stopniowo przenikały do Towarzystwa nowe teorye, metody leczenia, operowania i t. p., oraz co Towarzystwo zdziałało w dziedzinie społeczno-lekarskiej, pozwolę sobie chronologicznie przejść ważniejsze chwile w życiu naszego Towarzystwa.

I tak: w r. 1875 wykonywa Jankowski pierwszą owariotomię w Lublinie i zdaje z niej sprawę. W tymże roku Jaworowski zaprowadza poraz pierwszy demonstracye mikroskopowe preparatów anatomopatologicznych.

W r. 1876 Zagórski przywozi z zagranicy pierwsze wiadomości o metodzie i opatrunki oryginalne Listera, które wkrótce przyjmują się we wszystkich szpitalach.

W r. 1886 Dobrucki przedstawia w Towarzystwie poraz pierwszy bakterye i ich barwienie.

W r. 1889 Jaworowski poraz pierwszy zdaje sprawę o metodzie Apostolego (nieznanej dotąd u nas) i o własnych wynikach ze stosowania tejże metody w ginekologii.

W r. 1890 Dobrucki i Arnstejn dają wyczerpujące sprawozdanie z Berlina o tuberkulinie Kocha. Około tego czasu Dobrucki wprowadza aseptyczne urządzenia w szpitalu żydowskim, daje przykład innym szpitalom i wchodzi na pole wielkiej chirurgii.

W r. 1894 tenże Dobrucki wykonywa pierwszą w kraju symfizeotomię z dobrym wynikiem. W r. 1902 Dobrucki i Biernacki przedstawiają w Towarzystwie poraz pierwszy intubacyę. W r. 1908/9 kol. Jaczewski i Modrzewski po powrocie z zagranicy i sprowadzeniu przyrządów Roentgena demonstrują je członkom Towarzystwa i prowadzą odtąd pracownie w szpitalach św. Wincentego a Paulo i św. Józefa.

W ciągu 40-letniego istnienia Towarzystwa zauważyć się daje kilkakrotne wyczerpanie i następne wzmożenie działalności. Pierwszy niebezpieczny okres zniechęcenia i apatyi nastał po upływie pierwszych lat 12 i był wywołany kłopotami finansowymi, wskutek wykreślenia się znacznej części członków prowincyonalnych, zalegania w opłacie składek członkowskich i braku odpowiedniego pomieszczenia dla Towarzystwa. Zniechęcenie posunęło się do tego stopnia, że słowo: »zamknąć Towarzystwo«, rzucono na jednem z posiedzeń. Wtedy obrona, podjęta przezemnie, zdołała dodać bodźca obojętnym, otuchy wątpiącym, wszystkich skłoniła do ofiarności z jednej, a zrobienia możliwych oszczędności z drugiej strony i — przetrwaliśmy.

Ostatnia niemoc Towarzystwa odnosi się do lat 1905—1909. Wojna, przymusowa emigracya kolegów, rozpolitykowanie i powstanie stronnictw między pozostałymi — fatalnie się odbiły na ruchu naukowym w Towarzystwie, posiedzenia nie dochodziły do skutku, życie prawie ustało. Tego rodzaju objawy, o ile wiem, były prawie we wszystkich stowarzyszeniach. W ostatnich latach powoli następował powrót do normalnej pracy. Dla przykładu przytoczę, że gdy w r. 1903/4 było odczytów 11 i 98 demonstracyi, to w r. 1906 ani jednego odczytu i tylko 30 demonstracyi, a w r. 1910/11 już było odczytów 13 i demonstracyi 32.

W tym ostatnim okresie powrotu do pracy zapisać należy ważne prace Dobruckiego (o wgłobieniach, skrętach kiszek, o chirurgii przewodów żółciowych, o ciąży zewnątrzmacicznej), Czerwińskiego referat o cystoskopii, ciąży zewnątrzmacicznej z donoszonym płodem, o postępach położnictwa w zakresie wykonawstwa lekarza praktyka.

Referaty z otyatryi przedstawiali kol. Czarnecki i Żebrowski.

Z zakresu medycyny wewnętrznej referowali: Arnstejn o wartości szczepionek przeciwcholerycznych, o obecnym stanie poglądów na istotę leczenia biegunki osesków, Dziemski o dżumie, tenże wspólnie z Tymińskim o odporności wrodzonej i nabytej, Borsukiewicz o leczeniu czerwonki i Jasiński o nowszych badaniach z dziedziny czerwonki.

Obok pracy naukowej podejmowało Towarzystwo nasze i prace społeczne, mianowicie z inicyatywy jego powstaje w r. 1880 pierwsze w Lublinie ambulatoryum bezpłatne dla biednych chorych przy szpitalu św. Wincentego, które członkowie Towarzystwa zobowiązali się kolejno prowadzić. Dalej urządza Towarzystwo odczyty publiczne popularne na korzyść Kasy wsparcia wdów i sierot po lekarzach w Warszawie (Doliński, Zagórski, Olechnowicz, Villaume i Jaczewski). W r. 1896 wyłania się w Towarzystwie sekcya higieniczna, w której poruszano różne sprawy, dotyczące higieny miasta. W r. 1898, po naradzie z kolegami zamieszkałymi na prowincyi, wyłania się komisya, która opracowała »Projekt służby zdrowia dla ludności w gubernii lubelskiej« (Doliński i Biernacki). W r. 1902 zapada w Towarzystwie na wniosek Tołwińskiego uchwała — utworzenia filii Towarzystwa higienicznego warszawskiego, która wkrótce się urzeczywistnia. Również w tymże roku rzucono poraz pierwszy w Towarzystwie myśl założenia szpitala dziecinnego w Lublinie. W 10 lat później myśl ta urzeczywistnia się dzięki pp. Vetterom. W tymże roku utworzono przy Towarzystwie komisyę przemysłowo-lekarską, która okazała nadzwyczajną ruchliwość i włożyła dużo pracy w kierunku popierania swojskich wód, przetworów farmaceutycznych i narzędzi chirurgicznych z pominięciem zagranicznych, specyalnie niemieckich. Duża zasługa w tym kierunku należy się kol. Chodźce. Oddźwięku należytego jednak nie znaleźliśmy wtedy, a w 6 lat później otrzymaliśmy wezwanie do podjęcia tejże samej pracy.

W r. 1904 wskutek mego wniosku powstaje z ofiar dobrowolnych członków Towarzystwa fundusz pomocy dla rodzin kolegów, zmuszonych udać się na Wschód. W r. 1907 z powodu zbliżającej się cholery powstaje w Towarzystwie projekt rozszerzenia sieci wodociągowej na przedmieścia lubelskie, pozbawione dobrej wody.

Ostatnią sprawą ogólnej natury, jaką się Towarzystwo nasze w bieżącym już roku zajmowało, to kodeks deontologii lekarskiej.

Dla zadokumentowania, jak na tę sprawę zapatrywano się przed 40 laty, pozwolę sobie przytoczyć końcowy ustęp z przemówienia Dr Janiszewskiego, wypowiedzianego na drugiem posiedzeniu Towarzystwa: »Wytępiać z serc naszych rozrosłe chwasty zawiści i nieporozumień, dbać o dobrą sławę współtowarzyszy i umieć jej bronić w razie potrzeby, na drobne usterki stowarzyszonych patrzeć z pobłażaniem i umieć je przebaczać, — to zdaniem mojem pierwsze godło sztandaru, »koleżeństwo«. Pracować nad umiejętnością, ściśle badać, badania w sumienne i naukowe układać spostrzeżenia, ogłaszać je z przynależną uczonym skromnością — to znaczy hołdować godłu »nauka«. Spełniać sumiennie podjęte obowiązki praktyczne, w traktowaniu chorych mieć na względzie przedewszystkiem ich dobro, nie zaś chęć wykazania tak często praktykowanej mniemanej swojej wyższości, — usuwać, o ile to można, szkodliwe dla zdrowia wpływy, wykorzeniać zastarzałe przesądy, o ile tego wymaga po nas nauka, postępowaniem sumiennem i honorowem wzbudzać szacunek dla naszego zawodu wogóle, — oto złożyć dowody, jak pojmujemy obywatelstwo i z jakiej strony patrzymy na godło sztandaru »społeczeństwo«.

Słowa powyższe wyprzedziły na wiele lat ogłoszone później kodeksy etyki lekarskiej, jednak nie przestały być aktualne i dziś, i zdaje mi się, że i w przyszłości powinny być wypisane złotemi głoskami w Towarzystwach, a co ważniejsza — wyryte w naszych własnych sercach.

II. Zjazd lekarzy prowincyonalnych Królestwa polskiego

w d. 31. maja i 1. czerwca 1914 w Lublinie.

Sprawozdawca **Dr W. Jasiński** (Lublin).

O godz. 9. rano d. 31 maja otworzył Zjazd przewodniczący komitetu organizacyjnego, Dr St. Dobrucki, zaznaczając, że komitet pragnął nadać Zjazdowi charakter dydaktyczny, dążył przeto do zjednania większej liczby referentów na temat główny (6 odczytów), ułożył program odczytów w porządku ich wagi i znaczenia dla lekarza prowincyonalnego i nie utworzył sekcyi, pragnąc, by wszyscy wysłuchać mogli ciekawszych odczytów. Następnie zawiadomił, że utworzona została komisya uchwał, która przyjmować będzie od mowców i referentów wnioski do uchwał zjazdowych. Przed porządkiem dziennym odczytano prośbę Dra J. Jaworskiego z Warszawy o odpowiedzi na ankietę co do rozmieszczenia lekarzy w Królestwie, jaka rozesłana będzie niebawem przez Stowarzyszenie lekarzy w Warszawie.

Następnie Dr Dobrucki zaproponował w imieniu komitetu na prezesa honorowego Zjazdu Dra Wacł. Lasockiego z Nałęczowa, na prezesów czynnych, Drów: H. Fidlera z Radomia, S. Sterlinga z Łodzi, Szawelskiego z Siedlec i A. Troczewskiego z Kutna; na wiceprezesów Drów: J. Brzezińskiego z Zawiercia, M. Certowicza z Włocławka, Ł. Jedlickiego z Kielc, Br. Malewskiego z Grodziska, J. Putermana z Sosnowca, S. Sitkowskiego z Radzynia. Wardyńskiego z Ostrowca i E. Wiszniewskiego z Siedlec; do sekretaryatu: P. Borsukiewicza, J. Cynberga, J. Czarneckiego, B. Dziemskiego, P. Jankowskiego, Wacł. Jasińskiego, J. Modrzewskiego, L. Płaczkiewicza, S. Prussaka, J. Skibińskiego, K. Tołwińskiego i St. Wąsowskiego z Lublina.

I. posiedzenie.

Prezydyum: Troczewski, Brzeziński, Certowicz.

S. Sterling referuje sprawę regulaminów Zjazdów. — Uchwalono sprawę tę bez dyskusyi przekazać komisyi, złożonej z przedstawicieli Towarzystw lekarskich z prośbą o rozpatrzenie materyału i ogłoszenie wniosków na ostatniem posiedzeniu Zjazdu.

Przystąpiono do wysłuchania odczytów na temat główny: **Postępy w rozpoznawaniu i leczeniu spraw gorączkowych o pochodzeniu ukrytem — (t. zw. kryptogenetycznych).**

Dr J. Brzeziński (z Zawiercia) odczytał w zastępstwie Dra Wł. Biegańskiego pracę jego p. t. **Uwagi ogólne o stanach gorączkowych przewlekłych ukrytego pochodzenia** (drukowana w »Przeglądzie lekarskim« Nr 22, 1914); dyskusyi nad odczytem nie otwarto wobec nieobecności autora.

Dr S. Sterling (Łódź), jako drugi z rzędu referent, przedstawił rzecz p. t.: **Kiedy gorączkę uważać wolno za objaw skrytej gruźlicy płuc?** (drukowana w »Przegl. lek.« Nr 22, 1914).

Dyskusya: a) Dr A. Puławski (Warszawa) zwraca uwagę, że należałoby przedewszystkiem ustalić, co nazywamy ciepłotą prawidłową (normalną): prawie wszystkie podręczniki podają jako normę jeszcze 37^4, gdy w życiu codziennem alarmują nas wzniesienia 37^2—37^3, wywołując obawy co do gruźlicy, zapalenia miedniczek i t. p. Nader ważną jest także poruszona przez prelegenta sprawa prawidłowego mierzenia ciepłoty dobrymi termometrami; u nas niestety w obiegu codziennym bardzo dużo jest lichych termometrów. Co do stanów, w których spotykamy mniejsze lub większe wahania ciepłoty, należy je rozpatrzyć wszechstronniej. Gorączka w błednicy, kategorycznie odrzucana przez Biegańskiego, opisywana była u nas przez Dunina i Gluzińskiego, zresztą i inne choroby krwi (anaemia perniciosa, leucaemia) przebiegają często z gorączką. Następnie wahania ciepłoty częste są, według Gluzińskiego, w chorobie Basedowa, co uwydatnia się przy systematycznem (co 2 godz.) mierzeniu ciepłoty. Trzecim wreszcie stanem, w którym spotykamy wahania ciepłoty, są choroby nerwowe, mianowicie nerwice, jak histerya (Mierzejewski), oraz w życiu codziennem, zwłaszcza u dzieci, wzruszenia, podniecenia i t. p. Tylko systematyczne myślenie i ścisłe zastosowanie metody wyłączania uchronić nas może od błędów rozpoznawczych.

b) K. Rozenfeld (z Częstochowy) zaznacza, że w odróżnianiu błednicy od gruźlicy oddać może usługi badanie lepkości krwi; wykonane zapomocą wiskozymetru Hessa jest ono łatwiejsze od innych badań krwi. W błednicy lepkość krwi wynosi najczęściej 2—3, w gruźlicy — ponad 4. Znaczenie limfocytozy jest względne dla rozpoznania, raczej łącznie ze wzmożoną liczbą eozynofilów wyzyskane być może dla rokowania. Ciśnienie krwi skurczowe jest najczęściej w gruźlicy zmniejszone, rozkurczowe w okresie początkowym może być nieco zwiększone, — z tego powodu ciśnienie tętna jest względnie małe.

c) F. Bączkiewicz (Warszawa) podkreśla, iż w ocenianiu stanów podgorączkowych u dzieci należy uwzględniać czynniki, które mogą u dzieci zdrowych wpływać na podniesienie ciepłoty. Do czynników tych należą: przyjęcie posiłku, ruch, podniecenie nerwowe (zabawa, widowiska i t. p.). Należy także w ocenie gorączki doszukać się innych jej objawów (oprócz wskazówek termometru), a więc stanu tętna, ociężałości i senności dziecka, lub też podniecenia (wypieki na twarzy, szklistość oczu). Należy również zważać na technikę mierzenia; u dzieci lepiej jest mierzyć ciepłotę w pachwinie, niż pod pachą.

d) W odpowiedzi poprzednim mowcom Sterling zaznacza, że niema ścisłej normy (fizyologicznej) wysokości ciepłoty, jak niema ścisłej normy dla liczby tętna i t. p; gorączką nazywać powinniśmy podniesienia ciepłoty, choćby niewielkie, występujące łącznie z innymi objawami. Co do składu krwi i wysokości ciśnienia, to odbijają się tutaj obie sprawy anatomiczne, zachodzące w przebiegu suchot płucnych: sprawa zapalna rozpadowa i sprawa tworzenia się tkanki łącznej; obie te sprawy istnieją współcześnie — bądź jedna, bądź druga zyskuje przewagę; ponieważ n. p. rozedma zwiększa ciśnienie, — więc nietylko wyrównać może obniżenie, wywołane przez gruźlicę rozpadową, lecz nawet spowodować stałe podwyższenie ciśnienia, a rozedma jest bardzo często powikłaniem przewlekłych postaci suchot płucnych.

Następnym z cyklu tematu głównego był odczyt Dra K. Rozenfelda (z Częstochowy): **O przewlekłych stanach gorączkowych pochodzenia migdałkowego i gruczołowego** (drukowany w »Przeglądzie lekarskim« Nr 22, 1914).

Dyskusya: a) F. Erbrich (Warszawa) zaznacza, że należy odróżniać zwykłe przewlekłe zapalenie migdałków (tonsillitis desquamativa chron.) od ropnego (tonsillitis chronica purulenta). Pierwsza postać, znana klinicznie jako migdałki z czopami, zdarza się u wszystkich, którzy przebywali kiedykolwiek ostre zapalenie migdałków. Postać ta nie daje gorączki,—gdy przewlekłe ropne zapalenie migdałków lub ropienie okołomigdałkowe wywołują długotrwałą gorączkę; przez dokładne badanie zarówno samych migdałków, jak ich okolic, zawsze zdołamy wykryć ropę, o ile z ropnem zapaleniem mamy do czynienia; jeżeli jednak badanie dokładne (co powtórnie podkreśla mówca) ropy nie wykrywa, to gorączka przewlekła nie może mieć źródła w migdałkach. O ile ropienie wykryto, należy je usunąć. Rozrywanie mieszków (krypt) udaje się rzadko, gdyż rozerwane blizny znowu powstają i ropa znowu się zbiera; najpewniejszym przeto sposobem jest zupełne wyłuszczenie migdałków. Zropiałych migdałków oszczędzać nie należy, gdyż są one dla ustroju raczej szkodliwe, niż pożyteczne.

b) J. Bączkiewicz (Warszawa) mówi o gruźlicy gruczołów oskrzelowych u dzieci; zgadza się z prelegentem, że tusza dzieci nie wyklucza tej postaci; najczęstszym objawem jest brak apetytu; kaszlu nieraz brak, natomiast częstem jest chrząkanie lub występowanie kaszlu po zmęczeniu (po bieganiu, płaczu). Słusznie prelegent zwrócił uwagę, że nietylko gruźlica, lecz i inne sprawy zakaźne mogą wpływać na schorzenia gruczołów o przebiegu nietylko przewlekłym. Radyoskopia niezawsze daje podstawy do rozpoznania, gdyż obraz zależy od natężenia sprawy i od stanu gruczołów (stwardnienie, zwapnienie); należy zawsze uwzględnić zespół objawów klinicznych. Helioterapia nie dość jest u nas uwzględniana, choć nawet w warunkach naszego klimatu powinna znaleźć zastosowanie.

c) S. Sterling (Łódź) wątpi, czy stwierdzenie zapomocą wywiadów obecności w rodzinie osób kaszlących może mieć wartość rozpoznawczą, skoro 80—90% dzieci miejskich ulega zakażeniu gruźliczemu. S. przypomina następnie o wcieraniach mydła szarego, jako ważnym środku leczniczym.

d) H. Fidler (Radom) wyraża zdanie, że należy 1) badać krew pod względem bakteryologicznym, by ustalić, czy mamy do czynienia z bakteryemią, septikemią, czy toksemią; 2) sprawdzić oddziaływanie flory migdałkowej (w czopach, ew. ropie) na działanie własnej surowicy chorego: odczyn dodatni będzie przemawiać za związkiem gorączki z cierpieniem migdałków. Sprawa jest ważną pod względem praktycznym: uchroni niektórych lekarzy od »rabies tonsillaris«, a chorym oszczędzi zawodu.

e) Wł. Schoenaich (Warszawa): Czopki w migdałkach znajdujemy bardzo często bez żadnych objawów. Na 25 sekcyi, dokonanych w szpitalu im. Karola i Maryi w Warszawie, w 8 przypadkach stwierdzono czopki w migdałkach; w jednym przypadku ropne zapalenie migdałków było istotnie źródłem posocznicy, naogół jednak należy być ostrożnym w uzależnianiu gorączki od spraw zapalnych w migdałkach.

f) Br. Sawicki (Warszawa) podkreśla znaczenie gorączki gruczołowej dla chirurga: występuje ona niekiedy u dzieci po zabiegach operacyjnych, nawet łatwych; nie znajdując przeto w ranie, ani w innych okolicach ciała powodu uporczywie trwających podniesień ciepłoty, należy mieć na widoku możliwość gorączki gruczołowej, by w porę przenieść dziecko w odpowiednie warunki, co wpłynie korzystnie na poprawę. Należałoby może nawet stale przed operacyą poddawać dzieci badaniom rentgenowskim, by się przekonać o stanie ich gruczołów oskrzelowych.

g) Prelegent w odpowiedzi przyznaje, że wiele szczegółów w przemówieniu swem pominął dla braku czasu, są one jednak zawarte w drukowanym już referacie. Zaznacza następnie, że wobec ropni, głęboko ukrytych w migdałkach, rozpoznanie często może być postawione »a posteriori«, t. j. po wyłuszczeniu migdałków, badanie kliniczne daje bowiem częstokroć wynik zupełnie ujemny. Zgadza się z Fidlerem co do konieczności ścisłych badań bakteryologicznych, badań tych jednak niestety jeszcze nie rozpoczęto. Zrozumiałem jest także, jak podnoszą inni mówcy, że tylko zbiór objawów i dłuższa obserwacya rozstrzygać powinny o rozpoznaniu.

W dalszym ciągu Dr I. Watten (z Łodzi) wygłosił odczyt: **O stanach zapalnych wyrostka robaczkowego, dróg żółciowych i trzustki.** Prelegent omówił w krótkości symptomatologię przewlekłych zapaleń wyrostka robaczkowego, dłużej zaś zatrzymał się na etyologii i objawach zapaleń dróg żółciowych, przytaczając szereg przypadków, w których rozpoznanie nastręczało poważne trudności, a operacya wykrywała zgoła nieoczekiwane przeciwieństwa w postaci n. p. braku kamieni przy objawach kamicy żółciowej lub obecności lasecznika okrężnicy w prawidłowych napozór pęcherzykach żółciowych. — Sprawy chorobowe trzustki dla braku czasu nie były poruszone.

Dyskusya: a) Br. Sawicki (z Warszawy) potwierdza trudności rozpoznawcze w wielu przypadkach przewlekłych zapaleń wyrostka robaczkowego i dróg żółciowych. Skargi na bóle nie są zwykle ściśle umiejscowione, a stan podgorączkowy występuje z przerwami. W tych razach tylko kilkakrotne badanie, zwłaszcza podczas napadu lub zaraz po nim, ma znaczenie; n. p. nasilenie miejscowe bólu podczas napadu przemawia za zapaleniem wyrostka robaczkowego. Rozpoznanie to można poprzeć, wlewając obficie wodę lub wdmuchując powietrze do kiszki grubej; dochodząc do kątnicy, woda lub powietrze wywołuje w przypadkach zapalenia wyrostka ból w prawym dole biodrowym. Trzeba atoli zaznaczyć, że ten sposób może się okazać zawodnym: przewlekłe bowiem zapalenie kątnicy lub zrosty okołokątnicze mogą dać objaw podany; niepomierna ruchomość kątnicy, zastój kału w niej i owrzodzenia mogą także być przyczyną gorączki i nieokreślonych bólów, — nieraz dopiero operacya prostuje wadliwe rozpoznanie. Pod względem leczniczym, niestety, w tych razach i operacya zawodzi.

b) K. Rozenfeld (Częstochowa) zaznacza, że gruźlica, zwłaszcza w okresach początkowych, może wywoływać cierpienia wyrostka robaczkowego, przebiegające czasami pod postacią typowej kolki. W kilku przypadkach, operowanych z tego powodu, nie stwierdzono w wyrostku żadnych zmian anatomicznych; możnaby przypuścić zaburzenie czynnościowe na tle toksycznem (Poncet).

c) A. Zawadzki (Warszawa) zwraca uwagę na wrażliwość krezki wyrostka robaczkowego w stanach zapalnych; od tej wrażliwości zależy ból przy wypełnianiu jelita grubego wodą lub powietrzem; bolesność krezki stwierdza się również przy operacyach w znieczuleniu miejscowem, kiedy pociąganie krezki daje uczucie bólu w dołku piersiowym. Po wypełnieniu jelita grubego bizmutem możemy podcza s

rentgenoskopii, odsuwając palcami jelito ślepe, również wywołać ból w dołku piersiowym wskutek pociągania krezki wyrostka. Rozpoznanie różniczkowe pomiędzy stanami zapalnymi wyrostka robaczkowego i dróg żółciowych, oraz innemi cierpieniami jamy brzusznej jest nieraz niermiernie trudne i najbardziej wytrawni badacze, rozporządzający ogromnym materyałem (bracia Mayo z Rochester) stawiają je nieraz dopiero po otwarciu jamy brzusznej.

d) A. Majewski (Lublin) podnosi współczesne występowanie zapaleń wyrostka i pęcherzyka żółciowego wraz z opuszczeniem nerki; — obraz to dość częsty, należy przeto w odpowiednich przypadkach tak prowadzić cięcie, by można było zbadać jamę otrzewnej i usunąć przyczyny doszczętnie. Operując »à froid«, należy usuwać wszystkie zrosty, gdyż zaniedbanie tego jest przyczyną nawrotu objawów chorobowych po operacyi doszczętnej wyrostka robaczkowego.

e) I. Watten odpowiada mówcom poprzednim, że rozpoznanie jest częstokroć bardzo trudne, lecz błędy zdarzają się częściej ze zbyt pochopnych wskazań do operacyi; nawroty cierpień po wycięciu wyrostka niewątpliwie częściej wynikają z mylnego rozpoznania, niż z powodu wadliwej techniki operacyjnej.

Seryę odczytów na przytoczony wyżej temat główny zakończyły prace: **O zakażeniach dróg moczowych**, K. Rogozińskiego (z Lublina), oraz: **Cierpienia narządów rodnych kobiecych**, Cz. Czerwińskiego (z Lublina), (drukowane w »Przegl. lek.« Nr 24).

Dyskusyę na tymi odczytami odroczono do II. posiedzenia (popołudniu), lecz wskutek nieobecności zapisanych do głosu, na początku tego posiedzenia przemawiał tylko T. Meyer (z Tomaszowa) w sprawie odczytu Czerwińskiego. Meyer opisał przypadek guza przydatków: prawostronny krwiak macicy dwurożnej (haematometra uteri didelphi) przy prawidłowem miesiączkowaniu z lewej połowy macicy.

W ten sposób zakończono rozprawy nad tematem głównym, przechodząc do luźnych odczytów, zgłoszonych na Zjazd. (C. d. n.).

Na posiedzeniu końcowem w d. 1. VI. powziął Zjazd następujące **uchwały**:

1) Zważywszy, że ścisłe określenie ciepłoty ustroju jest sprawą pierwszorzędnej wagi, Zjazd zwraca uwagę na nieścisłość powszechnie używanych t. zw. termometrów kieszonkowych i zaleca używanie ciepłomierzy typu szpitalnego, bezwzględnie sprawdzonych.

2) Każdy lekarz, nim osiedli się na prowincyi, powinien odbyć praktykę na oddziałach szpitalnych.

3) Pożądane jest wprowadzenie nauki higieny w szkołach wyższych i niższych, szkołach rolniczych, seminaryach duchownych i nauczycielskich, oraz do szkół ludowych w postaci pogadanek.

4) Pożądane jest wobec spodziewanych prac sanitarnych w samorządzie prowadzenie statystyki wogóle, a chorób zakaźnych w szczególności.

5) Wobec częstych przypadków gorączek połogowych na wsi, zaleca się lekarzom zorganizowanie pogadanek dla babek i zalecanie im ostrożności w badaniu położnic.

6) Wystąpić do Towarzystwa naukowego z wezwaniem, aby na żądanie lekarzy rozsyłało wyjałowione probówki oraz badało krew co do odczynu Wassermanna po cenie bardzo nizkiej, a w razie potrzeby, według uznania lekarza, darmo.

7) Polecić komitetowi Zjazdu ułatwienie lekarzom uzupełnienia ich wiedzy fachowej.

8) Ponieważ większość młodych lekarzy, udających się na prowincyę, pierwsze lata praktyki odbywa w szpitalach warszawskich, Zjazd postanawia wyzyskać zamierzenia zarządu szpitali warszawskich co do zwiększonej liczby asystentów i ich uposażenia.

9) Zjazd poleca, jako pożądane, urządzenie przez szpitale conajmniej leżalni i altan, umożliwiających chorym gruźliczym korzystanie z działania promieni słonecznych.

10) Zjazd uważa za pożądane wydanie w druku odczytu Dra Chodźki.

11) Zjazd uważa, że lekarze powinni prowadzić walkę z alkoholizmem nietylko słowem, lecz i osobistym przykładem.

12) Zjazd potępia lekarzy, którzy w stosunku do chorych kierują się innymi względami ponad dobro chorego.

13) Organem wykonawczym Zjazdu ma być komitet organizacyjny Zjazdu aż do chwili zawiązania komitetu organizacyjnego następnego Zjazdu.

14) Zjazd poleca komitetowi opracowanie i obmyślenie wprowadzenia w wykonanie »Wzajemnego ubezpieczenia lekarzy na życie«.

15) Zjazd wzywa Tow. lekarskie lubelskie do zwołania posiedzenia specyalnego dla szczegółowego zapoznania się i omówienia walki z twardzielą.

16) Zjazd uważa za pożądane, aby wszyscy lekarze, w miarę możności, należeli do jednego z towarzystw lekarskich.

I. Zjazd higienistów polskich we Lwowie.

Program Zjazdu przedstawia się w krótkości, jak następuje:

W sobotę d. 18. lipca wieczorem zebranie członków i towarzyszących im osób dla wzajemnego zapoznania się. W niedzielę d. 19. lipca przed południem uroczyste otwarcie Zjazdu, przemówienia delegatów, wykład inauguracyjny i wykład o walce z gruźlicą. W niedzielę popołudniu od godz. 3—6 posiedzenia w poszczególnych sekcyach. Tegoż dnia o godz. 6 popołudniu popisy drużyn w Parku zabaw ruchowych, połączone z festynem na placu powystawowym. W poniedziałek i wtorek, zarówno rano, jak popołudniu, obrady w sekcyach, jakoteż posiedzenia zbiorowe. We środę przedpołudniem uroczyste zamknięcie Zjazdu, odczyt o walce z alkoholizmem. W czasie Zjazdu godziny wolne od obrad poświęcone będą na zwiedzanie wzorowych zakładów leczniczych, urządzeń higienicznych, dalej osobliwości i zabytków miasta, wreszcie na krótkie wycieczki w okolice Lwowa. Wieczorami odbędą się przyjęcia towarzyskie. Po Zjeździe zaś rozpocznie się szereg wycieczek krajoznawczo-balneologicznych, które podzielone będą na trzy główne grupy, a mianowicie: wschodnio-galicyjską, środkowo-galicyjską i zachodnio-galicyjską. Pierwsza zwiedzi dolinę Prutu, dolinę Oporu i przez Rymanów, Iwonicz zdąży do Krynicy, połączywszy się po drodze z drugą, której pierwszym etapem będzie Truskawiec i borysławskie kopalnie nafty. Punktem zbornym obu tych grup będzie obóz skautów pod Skolem. Trzecia wycieczka wyruszy na Kraków do Zakopanego, a stamtąd przez Nowy Targ, Czerwony Klasztor uda się słynną z piękności drogą przez Pieniny w łodziach do Szczawnicy. Wszystkie trzy grupy zjadą się wreszcie w Krynicy, gdzie w niedzielę dnia 26. lipca Zarząd zdrojowy przyjmie gości uroczyście. Urozmaicony ten program, podany tu jedynie w zarysie, pociągnie niewątpliwie wielu zwolenników, przysparzając z jednej strony korzyści naszym zdrojowiskom, z drugiej zaś dając uczestnikom Zjazdu sposobność nietylko miłego spędzenia czasu, ale i poznania niejednego pięknego zakątka kraju. Szereg wykładów zorganizowanych po drodze ułatwi wycieczkowcom zapoznanie się z rozwojem naszej klimatyki, zdrojownictwa i turystyki. Samo zaś n. p. zwiedzanie obozu skautów i przyjrzenie się zbliska ich ćwiczeniom, o których wielu z nas ma tylko niedokładne pojęcie, przyczyni się znakomicie do zainteresowania się wycieczkami. Jakkolwiek szczegóły programu wycieczek po ostatecznem ustaleniu rozkładu jazdy i cen będą niejednokrotnie ogłoszone, pożądane byłoby już obecnie zgłaszanie uczestnictwa. Zgłoszenia te przyjmuje i wyjaśnień udziela gospodarz Zjazdu higienistów Dr Witold Ziembicki, ulica Bielowskiego 6, we Lwowie.

II. Zjazd internistów polskich we Lwowie

w dniach 21. i 22. lipca 1914.

(Dalszy ciąg zgłoszonych wykładów).

Z kliniki lekarskiej Uniwersytetu lwowskiego: 47) O wartości praktycznej kolorymetru Autenrietha-Koenigsbergera dla celów klinicznych. Kol. Elektrowicz jun. 48) Uwagi anatomiczne, anatomopatologiczne i kliniczne nad wrzodem dwunastnicy. Kol. prof. A. Gluziński. 49) Dalsze spostrzeżenia nad moją metodą badania chorób żołądka z uwzględnieniem modyfikacyi Kochera. Kol. prof. A. Gluziński. 50) Obraz kliniczny cukromoczu nerkowego. Kol. Reichenstein. 51) Myelosis aleukaemica i subleukaemica. Kol. Reichenstein. 52) O cukromoczu i zależności cholesteryny we krwi (cholesterinaemia) u ciężarnych i w pewnych przypadkach chorobowych. Kol. Sohn. 53) Cholesterynemia a nadnercze. Kol. Tomaszewski. 54) Zachowanie się cukromoczu pokarmowego u człowieka zależnie od czasu wprowadzenia adrenaliny do ustroju. Kol. Tomaszewski. 55) Zmiany histologiczne w płucu zwierząt pod wpływem sztucznej odmy piersiowej. Kol. Tomaszewski. 56) Przyczynek do powstawania kwasu szczawiowego pod wpływem dyety owsianej i głodówki. Kol. Węgrzynowski.

Komitet zjazdowy uprasza Sz. Kolegów o rychłe nadesłanie streszczeń zgłoszonych wykładów z równoczesnem dołączeniem przekładu na język francuski lub niemiecki. Dalsze zgłoszenia należy nadsyłać pod adresem: prof. Dr R. Rencki, Lwów, Romanowicza 3.

Wiadomości bieżące.

Kraków. Towarzystwo lekarskie krakowskie odbyło d. 10. VI. b. r. posiedzenie, na którem po uczeniu pamięci zmarłego wiceprezesa Towarzystwa, ś. p. Dr Adama Rydla, przedstawiono następujące przypadki: kol. Rudzik zapalenie gardła Plaut-Vincenta, kol. Kleczkowski miąższowe zapalenie rogówki leczone embariną, kol. prof. Wicherkiewicz opadnięcie powieki leczone operacyjnie własną metodą i krzyżową sklerotomię, poczem kol. Kleczkowski miał wykład: O działaniu krótkofalistych, niewidzialnych promieni światła na narząd wzrokowy. W dyskusyach przemawiali kol. Brudzewski, doc. Chlumsky, prof. Majewski, Marcisiewicz, Rosenhauch i prof. Wicherkiewicz.

— Rozporządzenie ministerstwa spraw wewnętrznych z d. 5. VI. b. r. rozszerza obowiązek donoszenia o chorobach zakaźnych także na odrę, krztusiec, nagminne zapalenie ślinianek i ospę wietrzną.

— Zarząd biblioteki Tow. lek. krakowskiego składa serdeczne podziękowanie JWP. Prof. Dr Bossowskiemu za dzieła ofiarowane bibliotece. Bibliotekarz: Dr M. Blassberg.

— Dyplom doktorski uzyskała p. Fryderyka Ameisenówna z Krakowa.

Choroby zakaźne w Krakowie. Od 24. V. do 30. V. 1914 zgłoszono przypadków: błonicy 4 † — (obcych 1 † —), krztuśca 4, ospy wietrznej 4, płonicy 26 † 3 (5 † —), odry 2 † — (2 † —), duru brzusznego 5 † — (1 † —), czerwonki 1, tężca — † — (1 † 1), zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych — † — (— † 1). Dr Janiszewski.

Warszawa. W roku bieżącym upływa dwudziestopięciolecie »Odczytów klinicznych, wydawanych przez Redakcyę Gazety lekarskiej« w Warszawie. W ostatnim zeszycie »Gazety« znajduje się zarys historyi tego nader pożytecznego wydawnictwa, które ogłosiło dotąd 149 wykładów, z tego 76 oryginalnie po polsku napisanych przez 43 autorów. Niestety wydawnictwo to niema w Galicyi tylu czytelników, iluby mieć powinno, nad czem słusznie ubolewa prof. Gluziński w Nr 20 »Tygodnika lekarskiego«. Pragnęlibyśmy w jednym z przyszłych numerów podać obszerniejszą recenzyę o »Odczytach klinicznych«, aby na nie zwrócić przecież uwagę ogółu naszych lekarzy.

— Wyszedł z druku »Przegląd piśmiennictwa lekarskiego polskiego« za r. 1912, wydany staraniem Towarzystwa lekarskiego warszawskiego, które już przez 37 lat podtrzymuje to niezmiernie pożyteczne wydawnictwo, niezbędne nietylko dla każdego polskiego autora lekarskiego, ale i dla każdego wogóle lekarza Polaka, o ile mu nie jest obojętny rozwój swojskiego piśmiennictwa lekarskiego i postęp medycyny u nas. Rocznik obecny zawiera streszczenia 1281 prac, ogłoszonych w r. 1912 po polsku.

Pod nową redakcyą Dr T. Borzęckiego, (znanego czytelnikom naszym z doskonałych sprawozdań z obrad Towarzystwa lekarskiego warszawskiego, pomieszczanych w »Przeglądzie lek.«), zyskał »Przegląd piśmiennictwa« bardzo wiele. Układ odznacza się starannością i dokładnością, korekta jest prawie bez zarzutu, skrócenia tytułów pism ujednostajniono, a wszystkie tytuły prac podano także w tłomaczeniu francuskiem. Nowy re-







daktor dołożył też widocznie usilnych starań, aby »Przegląd« był ile możności zupełny.

Godziłoby się, aby »Przegląd piśmiennictwa polskiego« znalazł i w Galicyi liczniejszych czytelników. Za ich dotychczasową liczbę przychodzi się rumienić...

— Za staraniem Dr Daszewskiego i M. Zawadzkiego powstał w Kielcach oddział warszawskiego Towarzystwa przeciwgruźliczego, pierwszy wogóle w Królestwie. Oddziałowi ofiarowano 6 morgów gruntu pod budowę uzdrowiska w powiecie włoszczowskim.

Ruch chorych zakaźnych w szpitalu im. Karola i Maryi dla dzieci w Warszawie. Od 3. V. do 17. V. 1914 przyjęto do szpitala przypadków: płonicy 5, odry 1, duru brzusznego 1, krztuśca 1, zapalenia gruźliczego opon mózgowych 2. — W tymże czasie do ambulatoryum zgłosiło się przypadków: płonicy 1, odry 3, krztuśca 15. Dr S. Łyskawiński.

Z różnych stron. Na porządku dziennym posiedzenia Związku polskiego lekarzy i przyrodników w Petersburgu w d. 23. V. (5. VI.) b. r. znajdował się wykład prof. Dr Zaleskiego: »Współczesne prądy na polu wychowania fizycznego«.

Zmarli: Dr Witalis Janowski w Krasuli, gub. wileńskiej; Dr Aleksander Dancewicz w Rosieniach; dermatolog prof. Wolters w Rostocku.

Redakcya otrzymała: Fidler: Współczesne poglądy na etyologię i patogenezę chorób zakaźnych. 1913. — Przegląd piśmiennictwa lekarskiego polskiego za r. 1912, pod redakcyą Dr Tadeusza Borzęckiego. Warszawa 1914. — Kuczewski: Wozniknowenje i razwitje sanatorskago lieczenja tuberkuleza lehkich. (Tuberkulez 1914, Nr 5—6). — Gabryszewski: Leczenie światłem. (Tyg. lek. 1914). — Leyberg (Łódź): Beiträge zu Störungen der Urogenitalfunktion bei Erkrankungen der hinteren Harnröhre. (Zeitschr. f. Urologie 1914). — Matylda Biehler: O nadnerczach, ich budowie, składzie chemicznym i czynnościach fizyologicznych. Praca nagrodzona na konkursie im. Biernackiego. Warszawa 1914, Wydawnictwo »Medycyny i Kroniki lek.«. Stron 171. — Doc. Dr Hahn: Pamiętnik obchodu jubileuszowego w 250. rocznicę założenia Uniwersytetu we Lwowie. Lwów 1914.

Bibliografia.

Jahreskurse für ärztliche Fortbildung in 12 Monatsheften. 1914. (Monachium, J. F. Lehmann). Z. 6. Cena 2·— mk. Przeznaczony stale na pedyatryę zeszyt czerwcowy zawiera w tym roku rozprawę prof. Langsteina i Dr Putziga: »Serce w wieku dziecięcym« i przegląd postępów nauki o chorobach dziecięcych w roku ostatnim.

Paris médical, ruchliwy tygodnik, wydawany pod redakcyą prof. Gilberta przez księgarnię J. B. Baillière et fils w Paryżu (19 rue Hautefeuille), poświęcił pierwszy swój zeszyt czerwcowy z r. b. wyłącznie chorobom trzustki i wątroby, pomieszczając z tego działu prace oryginalne prof. Carnota, Villareta, Chavannaza, Guyota i Dr Grimberta, Braulta, Garbana, Saint-Gironsa, Turquéty, Lemierre, Brule i Weilla.

Odpowiedzialny redaktor:
Prof. Dr. Stanisław Ciechanowski.

Posiedzenie Towarzystwa lekarskiego krakowskiego odbędzie się **we środę d. 17. czerwca 1914 w domu Towarzystwa (Radziwiłłowska 4) o godz. 6 wieczorem.** Na porządku dziennym: 1) Wykład Prof. Wicherkiewicza: O przyczynach późniejszego niedowidzenia po prawidłowo dokonanej operacyi zaćmy przeważnie starczej. 2) Demonstracye chorych z kliniki chirurgicznej.

Zapiski przemysłowo-lekarskie.

Nadesłane.

Antisklerozyna w praktyce. Prym. Dr Fritz Ehrl (Wien. med. Woch. 1914. Nr 20). Po skreśleniu etyologii i symptomatologii stwardnienia tętnic, opisuje autor ze swego obfitego materyału 3 szczególnie wybitne przypadki. W 1. udało się doprowadzić do prawie zupełnego wessania krwotoku do siatkówki i usunąć zawroty, — w 2. udało się wpłynąć korzystnie na claudicatio spontanea, — w 3. ustąpiły lub wyraźnie zmniejszyły się: niepokój w okolicy dołka podsercowego, bicie serca, arytmia, zawroty i znużenie. We wszystkich 3 przypadkach uległ stan ogólny po 3—5-miesięcznem podawaniu antisklerozyny wyraźnej poprawie. Autor poleca przetwór gorąco. W. Ll.

Szczawa **Krondorfska** uznana za najlepsza i naturalną.
Najlepsze skutki w nieżytach żołądka i pęcherza, jakoteż dróg oddechowych.
Prospekty rozsyła na żądanie Brunnen-Unternehmung Krondorf bei Karlsbad lub też Generalna reprezentacya dla Galicyi i Bukowiny, Kraków, Grodzka 48. Lwów, Sykstuska 51.

KARLSBAD Dr W. Maleszewski
b. Asyst. Kliniki krakowskiej
ordynuje jak dawniej „Haus Nastopil“.
O otwarciu własnego
SANATORIUM (PENSION MÉDICALE-DIÈTÉTIQUE)
wyjdą osobne oznajmienia. 288

KRYNICA Pensyonat i Zakład leczniczy Dr. E. ZARZYCKIEGO 136
od maja do października. — Wodolecznictwo na miejscu. — Żądać prospektów.

IWONICZ Dr JÓZEF JASIEŃSKI
ordynuje w sezonie bieżącym jak zawsze od 25 maja
Bazar. 277

KRYNICA Dr Stanisław Flaschen
ordynuje jak zwykle Willa „Gwiazda“.
138

Dr MAKSYMILIAN FUCHS 284 ordynuje jak dawniej
w Badenie (pod Wiedniem) ul. Renngasse 6.

Od 15-go maja otworzyłem nowe polskie **SANATORYUM w St. BLASIEN**
wśród pięknych gór Czarnolesia badeńskiego (800 m).
Na skraju milowych lasów iglastych, otoczone ogrodami i łąką, wznosi się w górskim stylu zbudowane sanatoryum, zwracając cały front z swemi werandami, terasami i leżalnią ku południowi. Wolne od kurzawy leży w pełnem słońcu i zupełnie w zaciszu, a jednak tylko kilka kroków od sławnego kościoła podominikańskiego i centrum miasteczka.
Środkami leczniczemi są: ściśle indywidualne leczenie oraz dyetetyka, według metody prof. Schmidta, dla cierpiących na choroby **żołądka, kiszek** oraz **przemiany materyi.** Idealne warunki klimatyczne zimą i latem; całe wodoleczenie; leczenie elektrycznością promieniami Roentgena, leżenie kuracya terenowa (według Oertla), kąpiele słoneczne i powietrzne dla **niedokrwistych, nerwowych, rekonwalescentów i chorych na serce.**
Piewszorzędna miejscowość kuracyjna po wodach niemieckich.
CENY: pokój z utrzymaniem od 7·50 mk. — Otwarte latem i zimą. — Cierpiący na choroby infekcyjne wykluczeni.
Dr med. MIECZYSŁAW HEDINGER
(b. prywatny asystent prof. Schmidta w Hali n. S.). 180

Karlsbad Dr med. ADAM MACIĄG
b. asystent c. k. kliniki chorób wewn. Uniw. Jagiel. 135
ordynuje jak lat ubiegłych
Dom »KRONENAPOTHEKE« (przy Mühlbrunie).

Dr JAN BRODZKI b. asystent J. E. prof. Leydena
ordynuje. jak zwykle, od 1 maja
w KUDOWIE, 137
zimą: w Heluanie w Egipcie.